Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

1372.

Dermatologische Zeitschrift

Begründet von O. LASSAR

Unter Mitwirkung von

A. Alexander-Berlin; J. Almkvist-Stockholm; Ed. Arning-Hamburg; F. Bering-Essen; S. Bettmann-Heidelberg; Fr. Blumenthal-Berlin; H. Boas-Kopenhagen; C. Bruck-Altona; C. Bruhns-Berlin; E. Bruusgaard-Kristiania; J. S. Covisa-Madrid; C. Cronquist-Malmö; J. Darier-Paris; K. Dohi-Tokio; J. Fabry-Dortmund; W. Frieboes-Rostock; R. Frühwald-Chemnitz; O. Gans-Heidelberg; W. Gennerich-Kiel; C. Grouven-Halle; O. Grütz-Elberfeld; C. Gutmann-Wiesbaden; R. Habermann-Hamburg; L. Hauck-Erlangen; J. Heller-Berlin; W. Heuck-München; E. Hofmann-Frankfurt a. M.; F. Jahnel-München; A. Jesionek-Gießen; A. Jordan-Moskau; F. Juliusberg-Braunschweig; W. Keri-Wien; W. Kolle-Frankfurt a. M.; P. Linser-Tübingen; H. Löhe-Berlin; W. Lutz-Basel; R. Matzenauer-Graz; H. Meyer-Bremen; E. Meirowsky-Köln; G. Miescher-Zürich; P. Mulzer-Hamburg; O. Naegeli-Bern; E. Nathan-Nürnberg; G. Nobl-Wien; A. Pasini-Mailand; F. Pinkus-Berlin; R. Polland-Graz; C. Rasch-Kopenhagen; E. Riecke-Göttingen; H. Ritter-Hamburg; G. Rost-Freiburg; A. Ruete-Marburg; E. Saalfeld-Berlin; G. Scherber-Wien; W. I. Schmidt-Gießen; W. Scholtz-Königsberg; W. Schönfeld-Greifswald; H. Th. Schreus-Düsseldorf; H. W. Siemens-München; B. Spiethoff-Jena; C. Stern-Düsseldorf; A. Stühmer-Münster; G. Stümpke-Hannover; L. Török-Budapest; P. Uhlenhuth-Freiburg; H. Vörner-Leipzig; J. Werther-Dresden; Ch. J. White-Boston; K. Zieler-Würzburg; F. Zinsser-Köln; L. von Zumbusch-München; E. Zurhelle-Bonn

und in Gemeinschaft mit

G. Arndt Berlin **L. Arzt** Wien **B. Bloch** Zürich **A. Buschke** Berlin **K. Herxheimer** Frankfurt a. M. **V. Klingmüller** Kiel

Herausgegeben von

Erich Hoffmann
Bonn

Band LIV

Mit zahlreichen Abbildungen im Text und einer Tafel

BERLIN 1928
VERLAG VON S. KARGER
KARLSTRASSE 39

Digitized by Google

Alle Rechte vorbehalten

Pierersche Hofbuchdruckerei Stephan Geibel & Co., Altenburg (Thür.).

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis.

Originalarbeiten.

Seite

Barnewitz, J., Beobachtungen über den Einfluß von Gaskohle und Steinkohlenpech auf den menschlichen Organismus nebst experimentellen Beiträgen über die Wirkung von Steinkohlenpech bei weißen Mäusen (Pechkrebs) 382

Börngen, Horst, Milchfieberheiltherapie bei der Gonorrhöe des Weibes 252

Collier, W. A., Die Geschlechtskrankheiten in den Llanos (Südamerika) 185

Golossowker, A., siehe Wainstein, A.

Heller, Julius, Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. XIX. und XX. Familiäre Onychomykosis trichophytina 81

Hoffmann, Erich, Zur 25jährigen Wiederkehr der Begründung der experimentellen Syphilis durch Metschnikoff und Roux. 1

— Prolegomena zu einem Referat über kongenitale Lues 369

Hombria, M., siehe Navarro-Martin, A.

Israelsson, M. M., siehe Perkel, J. D.

Kadisch, E., Über die Brucksche Reaktion auf Lues mit aktivem Serum 238

Löwenthal, Karl, Tödliche Hämoptoe bei Lues (gummöser Erkrankung) der Muskulatur und des Zwischengewebes 255

Martin, Hans, Ein Beitrag zur Frage der juxtaartikulären Knotenbildungen bei Syphilis 26

Memmesheimer, Alois M., Der histochemische Nachweis von Arsen in der Haut bei Fällen von Salvarsanlichen und Salvarsandermatitis und seine Bedeutung für die Pathogenese dieser Erkrankungen . . 4

Nathan, E., und Fr. Stern, Über den Mineralgehalt der Haut unter normalen und pathologischen Verhältnissen. II. Mitteilung. Über den Kalium-, Kalzium- und Wassergehalt der normalen Menschenhaut. 14

— — Über den Mineralgehalt der Haut unter normalen und pathologischen Verhältnissen. III. Mitteilung. Über den Kalium-, Kalzium- und Wassergehalt pathologisch veränderter Haut beim Menschen . 232

Navarro-Martin, A., und M. Hombria, Neue Schnelltechnik mit Aktivserum für die Serodiagnose der Syphilis 245

Perkel, J. D., und M. M. Israelsson, Blutgruppenverteilung bei Syphilis des Zentralnervensystems, der inneren Organe und der Haut. . . . 261

Pinkus, Felix, Beiträge zur normalen Anatomie des Nagels. 225

Rosenfeld, Herbert, Über primäre Angina bismutica 249

— Umschriebene Hirnsklerose mit Mikrogyrie bei liquorpositiver Lues congenita 395

Ruge, Heinrich, Bemerkungen zu der Arbeit von Frühwald: „Spirochaetosis arthritica“ in Band 51 dieser Zeitschrift 98

Sellei, Josef, Skleroedema adultorum (Buschke). (Induratio progressiva benigna sub cute) 161

Stern, Fr., siehe Nathan, E.

Digitized by Google

Seite

Urbach, Erich, Gewerbedermatosen bei Spenglern (Klempnern). Die Notwendigkeit einer hygienischen Berufskarte 92
Vonkennel, J., Die bikolorierte Schellackreaktion von Marchionini und Thurzo als „haltbares Schnellreagens". (Hierzu Tafel I) 19
Wainstein, A., und S. Golossowker, Zur Behandlung der Frühsyphilis mittels Impfung mit europäischem Recurrens (Stamm Aristowsky) . 84
Westphalen, Hans, Geschichtlicher und kasuistischer Beitrag zur Frage der Psoriasis der Mundschleimhaut und der Zunge 402
Wohlstein, Emanuel, Zum Angiolupoid (Brocq-Pautrier) 182
Wucherpfennig, V., Ein Fall von Dystrophia ungium mediana canaliformis Heller 96
Zimmermann, Lotte, Über die Glossitis rhombica mediana (Brocq) . 168

A. Buschke zum 60. Geburtstag 367
W. Kolle zum 60. Geburtstag 443

Gesellschaftsberichte.

Berliner Dermatologische Gesellschaft. Sitzungen vom 14. II. und 13. III. 1928 32
— Sitzung vom 8. V. 1928 100
— Sitzung vom 12. VI. 1928 268
Kölner Dermatologische Gesellschaft. Sitzungen vom 27. I., 2. III., 30. III. und 25. V. 1928 43
— Sitzungen vom 27. VI. und 27. VII. 1928 278
Frühjahrstagung der Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen in Essen am 13. V. 1928 48
50. Tagung der Vereinigung südwestdeutscher Dermatologen zu Frankfurt a. M. vom 10. bis 11. März 1928 109
80. Tagung der Niederländischen Dermatologenvereinigung, gemeinsam mit der Vereinigung Rheinisch-Westfälischer Dermatologen zu Amsterdam vom 2. bis 3. Juni 1928 189
Royal Society of Medicine, Section of Dermatology. Sitzungen vom 19. V., 17. XI. und 15. XII. 1927 129
— Tagungen vom 19. I. und 16. II. 1928 280
Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Sitzung vom 10. XII. 1927 137
— Sitzungen vom 12. I. und 9. II. 1928 408

Periodische Literatur. Zusammengestellt von Dr. Arthur Alexander-Charlottenburg 54, 140, 198, 284, 412
Buchbesprechungen 78, 158, 221, 363, 439
Personalien und Tagesnachrichten 80, 159, 224, 367, 443
Sachregister 445
Namenregister 456

Digitized by Google

I.

Zur 25jährigen Wiederkehr der Begründung der experimentellen Syphilis durch E. Metschnikoff und P. P. E. Roux.

Von

ERICH HOFFMANN.

Am 28. Juli dieses Jahres sind 25 Jahre vergangen, seit *Metschnikoff* und *Roux* der Pariser Akademie der Wissenschaften den ersten mit Syphilis geimpften unzweifelhaft erkrankten Schimpansen[1]) zeigen konnten. Der heutigen Generation erscheint die Übertragbarkeit der Syphilis auf Tiere schon eine so geläufige Tatsache, daß ihr das große Aufsehen, das jenes Experiment vor einem Vierteljahrhundert erregte, nicht mehr ganz verständlich sein mag. Aber wir Älteren, denen das Dogma von der Nichtübertragbarkeit des syphilitischen Giftes auf Tiere als feststehende Lehre übermittelt wurde, waren damals aufs äußerste überrascht und voll Bewunderung über den so einfachen genialen Gedanken, die menschenähnlichen Affen zum entscheidenden Versuch heranzuziehen. Nachdem die alte Irrlehre einmal gestürzt war, gelang dann den genannten Autoren die Überimpfung bald auch bei niederen Affen, die schon leichter zu Versuchen verfügbar waren. Freilich war man vor der Entdeckung der Spirochaeta pallida nur auf die klinische Erkennung des Primäraffektes angewiesen, und den Ergebnissen der Impfexperimente mußte daher eine gewisse Unsicherheit anhaften. Wie ich aber von jeher ausdrücklich betont habe, dürfen die Impferfolge von *Metschnikoff* und *Roux* trotzdem als der *Anfang der neuen Ära* der Syphilisforschung angesehen werden. Meiner Verehrung für *Metschnikoff*, der mir auf Kongressen öfters begegnete und auch bei *A. Neissers* und meinem Referat auf der Berner Tagung der deutschen dermatologischen Gesellschaft (1906) zugegen war, habe ich auf Veranlassung eines unter dem Protektorat von *Roux* gebildeten Komitees im Jahre 1914 in einem seine großen Verdienste würdigenden, für eine

[1]) Abgebildet auf Tafel I meines Atlas der ätiologischen und experimentellen Syphilisforschung. Berlin 1908.

Digitized by Google

Festschrift bestimmten Artikel Ausdruck gegeben. Dieser wies damals deutlich darauf hin, daß die wissenschaftliche Tat von *Metschnikoff* und *Roux* im Verein mit den ihr Schlag auf Schlag folgenden Entdeckungen der Syphilisspirochäte, der Seroreaktion und der modernen Arsenmittel nicht nur die Früherkennung, sondern auch die Frühheilung und Verhütung der Lues wesentlich gefördert hat. Da der genannte Artikel infolge des Weltkrieges nicht erschienen ist, so soll er als ein Dokument der ausgezeichneten Hochschätzung, die wir dem am 15. Juli 1916 der Menschheit viel zu früh entrissenen großen Gelehrten zollen, *zum 25jährigen Gedenktage der Begründung der experimentellen Syphilis* hier abgedruckt werden.

„E. Metschnikoffs Bedeutung für die moderne Syphilisforschung.

E. Metschnikoff gilt mit Recht als einer derjenigen Forscher, die sich stets großen Problemen zugewandt und durch deren glückliche Lösung zum Fortschritt der biologischen und medizinischen Wissenschaft außerordentlich viel beigetragen haben. So nimmt es nicht wunder, daß ihn auch die Frage nach der *Ätiologie der Syphilis* anzog, ein Problem, um dessen Lösung sich schon so viele bedeutende Forscher vergebens bemüht hatten. Statt aber die so oft erfolglos angewandte bakteriologische Methodik zu benutzen, schlug er gemeinsam mit *Roux* den experimentellen Weg ein, und es war ein äußerst glücklicher Gedanke, daß er die dem Menschen am nächsten stehenden anthropomorphen Affen wählte, um das alte bisher umsonst bekämpfte Dogma, die Krankheit sei auf Tiere nicht übertragbar, zu stürzen.

Schon die ersten Impfungen auf *Schimpansen* hatten einen auch von *Fournier* anerkannten Erfolg und ergaben ein der menschlichen Syphilis ähnliches Bild; später gelang es *Metschnikoff* und *Roux* auch, die Syphilis auf *niedere Affen*, die allerdings nur örtliche Erscheinungen zeigten, zu übertragen und dadurch zahlreiche Experimente zur Aufklärung der Pathologie der Syphilis zu ermöglichen. So konnte die Infektiosität der Spätsyphilide bzw. Gummen (*Finger* und *Landsteiner*), des Blutes in den verschiedenen Krankheitsperioden (*E. Hoffmann*), der Spinalflüssigkeit (*E. Hoffmann*) usw. nachgewiesen werden.

Durch diese experimentellen Befunde ist unzweifelhaft auch die *ätiologische Forschung* neu belebt worden, und *Metschnikoff* selbst war dem syphilitischen Virus beinahe auf der Spur; geht doch aus einer seiner Arbeiten hervor, daß er auch nach Spiro-

Digitized by Google

chäten gesucht hat, aber durch den Umstand, daß die roten Blutkörperchen still lagen, zu der Annahme verleitet worden ist, stark bewegliche Spirochäten könnten in den Präparaten nicht vorhanden sein. Hieraus erklärt es sich, daß *Schaudinn* und *ich* unsere erste Arbeit über die Spir. pallida so eilig veröffentlichten; lag doch die Vermutung nahe, daß bei weiterem Suchen auch *Metschnikoff* oder einer seiner Schüler am Institut Pasteur einen ähnlichen Fund machen könnten. Wie schnell dann von *Metschnikoff* die Spir. pallida bei den geimpften Tieren gefunden und in wie großartiger Weise die Pathologie der erworbenen und angeborenen Syphilis durch zahlreiche Arbeiten aus dem Institut Pasteur bereichert wurde, ist allgemein bekannt.

Im Anschluß an die Entdeckung von *Metschnikoff* und *Roux* wurde dann die experimentelle Syphilis dadurch sehr gefördert, daß im *Kaninchen* von *E. Bertarelli* im Jahre 1906 ein noch geeigneteres Versuchstier aufgefunden wurde, das bei Impfung in die Augenkammer und vor allem in die *Hoden* und *Hodenhaut* sehr regelmäßig mit deutlichen Erscheinungen erkrankt. Nun wurde es leicht möglich, die Wirkung von *Präventiv- und Heilmitteln* im Tierversuch nachzuweisen. So konnte schon *Metschnikoff* in einer 33%igen *Kalomelsalbe* ein Mittel finden, das bei sofortigem Gebrauch einen gewissen Schutz gegen die Ansteckung mit Syphilis gewährt; so konnten ferner *Uhlenhuth* und ich die präventive Wirkung des *Atoxyls* bei Affen und Kaninchen feststellen, und so gelangte schließlich *Ehrlich* auf diesem Wege nach zahlreichen Vorversuchen zur Entdeckung des *Salvarsans*, das sich auch in der Behandlung der menschlichen Syphilis bald überraschend gut bewährte.

Meiner Meinung nach ist es kein reiner Zufall, daß an die Entdeckung von *Metschnikoff* und *Roux* Fortschritt auf Fortschritt sich in so schneller Folge anschloß, und daß in einer kurzen Spanne von Jahren die Lehre von der Erkennung und Behandlung der Syphilis in früher ganz ungeahnter Weise ausgebaut und vervollkommnet wurde. Dürfen wir doch auf Grund mehrjähriger Erfahrungen schon heute sagen, daß die *Abortivheilung* der frischen primären Syphilis durch eine genügend starke Salvarsan-Quecksilberkur in annähernd 100% der Fälle gelingt, und daß zwei oder besser drei derartige Kuren auch bei frischer sekundärer Syphilis in der großen Mehrzahl der Fälle ähnlich günstige Erfolge gewähren. Damit aber ist die größte Aufgabe in der Bekämpfung der Syphilis gelöst, und wenn erst allenthalben *Frühdiagnose* und *starke Frühbehand-*

Digitized by Google

lung in richtiger Weise durchgeführt werden, dürfen wir hoffen, daß es gelingen muß, *einen der schlimmsten und heimtückischsten Feinde des menschlichen Geschlechts, die Syphilis, mehr und mehr einzudämmen und ihre verderblichen Folgen zu verhüten.*

Zur Erreichung dieses großen Fortschritts hat *Elie Metschnikoff*, wie ich oben auseinandergesetzt habe, ein gut Teil beigetragen und sich dadurch *um die leidende Menschheit ein unvergängliches Verdienst erworben.*" (Bonn, Mai 1914.)

II.

(Aus der Universitätshautklinik Bonn [Direktor: Prof. Dr. *E. Hoffmann*].)

Der histochemische Nachweis von Arsen in der Haut bei Fällen von Salvarsanlichen und Salvarsandermatitis und seine Bedeutung für die Pathogenese dieser Erkrankungen.

Von

ALOIS M. MEMMESHEIMER.

E. Hoffmann und *Buschke* stellten fast gleichzeitig im Mai 1921 als erste in Deutschland Fälle vor, bei denen es im Laufe einer Salvarsanbehandlung zum Auftreten eines Lichen ruber gekommen war. Nachdem *Buschke* die Erkrankung als Salvarsanexanthem gedeutet hatte, wurden von anderen Stellen zahlreiche gleichlautende Beobachtungen mitgeteilt. Wenn sich unter den mitgeteilten Fällen vielleicht auch einige von zufälligem Lichen ruber planus bei salvarsanbehandelten Syphilitikern befanden, so blieben doch keine Zweifel bestehen, daß Salvarsanexantheme auch unter dem klinischen und histologischen Bilde eines Lichen ruber auftreten können. Zur Erklärung dieser eigenartigen Erscheinung wurden konstitutionelle und dispositionelle Momente herangezogen (*Buschke* und *Sklarz*). *Jadassohn* glaubte, daß der Lichen ruber sowohl von infektiösen als auch von anderen Toxen hervorgerufen werden könne. Der Salvarsanlichen sei der „toxisch bedingte Doppelgänger" des Lichen ruber. Nach dieser Auffassung müßten Arsen und die essentielle Noxe des Lichen ruber dieselben Zellkomplexe zum Angriffspunkt nehmen.

Digitized by Google

In letzter Zeit wurden nun an unserer Klinik zwei weitere Fälle von Salvarsanlichen beobachtet, wobei wir uns einige Fragen vorlegten: Läßt sich in der Haut von Salvarsanlichenpatienten histochemisch Arsen nachweisen? Wo befinden sich Arsenorte, wenn das der Fall ist? Finden wir Unterschiede beim Vergleich mit Salvarsandermatitisfällen? Erklären solche Befunde die Entstehung der Erscheinungen?

Wir beginnen mit der Beschreibung der Fälle. Im ersten Fall handelte es sich um eine 26jährige Ehefrau, die sich bei der Heirat luisch infiziert hatte (September 1925). 4 Monate nach der Infektion wurde die Erkrankung festgestellt (Wa.R. stark positiv). Die Patientin erhielt innerhalb von 6 Wochen zirka 5 g Neosalvarsan. Im Mai 1926 wurde nach der Geburt eines luischen Kindes eine zweite Kur mit derselben Salvarsanmenge + 4 g Bismogenol vorgenommen. Die Wassermannsche Reaktion war damals negativ. Ende Juli 1926 entstand im Anschluß an die 12. Salvarsanspritze ein an den Armen und im Rücken beginnender, stark juckender Ausschlag. Da trotz Salbenbehandlung keine Besserung eintrat, erfolgte Mitte September 1926 die Aufnahme in die hiesige Klinik.

Die Untersuchung zeigt eine kleine schmächtige Frau, die an starker Mattigkeit leidet. Sie klagt über Schlaflosigkeit und zeitweise starkes Jucken des Ausschlages. Die ganze Kopfhaut zeigt weiße, kleienförmige Abschuppung ohne Unebenheiten. In der Nähe der Stirnhaargrenze besteht ein etwa ½ cm breiter und 12 cm langer, unregelmäßig begrenzter Streifen leicht geröteter Haut, der zahlreiche perifollikuläre Hornkegel zeigt, die auf ihrer Spitze ein kleines, weißes, festsitzendes Schüppchen tragen. Dasselbe Bild findet sich hinter beiden Ohren in einer Flächenausdehnung von etwa 6 zu 3 cm. Die Knötchen stehen hier so dicht nebeneinander, daß die Haut weiß erscheint und sich reibeisenartig anfühlt. Am Hals, am Rumpf und an allen Extremitäten befinden sich zahlreiche, unregelmäßig zerstreute, nummuläre, unscharf begrenzte, blaurot verfärbte, erhabene Herde, deren Oberfläche kleinste Felderung zeigt und feinste weiße Schüppchen in geringerem Maße aufweist. Über dem oberen Rande beider Scapulae befindet sich ein je handtellergroßer Herd von neurodermieartigem, chagriniertem Aussehen. Zahlreiche weit auseinanderstehende Lichenknötchen finden sich auf dem Rücken, und zwar oben zwischen den beiden Schulterblättern und in Form eines langausgezogenen Dreiecks, mit der Spitze etwa am 6. Brustwirbel bis zum Kreuzbein beiderseits der Wirbel streifenförmig nach unten verlaufend.

Auch an den Beugeseiten der Extremitäten, besonders aber in den Ellenbeugen und an den Unterarmen zusammenhängende, infiltrierte und chagrinierte Herde blaurot verfärbter Effloreszenzen. In der linken Handfläche sieht man einen markstückgroßen Herd, dessen Rand feine Schuppung zeigt. Alle Nägel sind frei.

Im Mund ist der Zahnfleischsaum der unteren Schneidezähne gerötet und entzündlich verdickt. Lungen und Herz ohne Besonderheiten. Reflexe lebhaft, sonst o. B. Die Drüsen sind axillar und inguinal über bohnengroß, zervikal und submental eben fühlbar, überall hart und indolent. Wa.R. 2—3, SG —, DM —. Urin: o. B. Liquor: Nonne —, Pandy ±, Zellen: 4/3, Mastix: Lueszacke, Wa.R.: von 0,6 an stark positiv. Pallidae auch bei mehrfacher Drüsen-

Digitized by Google

punktion nicht feststellbar. Auch in einer in der chirurgischen Klinik nach Lokalanästhesie aus der linken Seite exzidierten Drüse lassen sich weder färberisch noch durch Tierversuch Pallidae nachweisen. Weißes Blutbild: Neutrophile 61, Lymphozyten 25, Monozyten 6, Eosinophile 8. Probeexzision aus der Rückenhaut ergibt histologisch auffallend viel dichte Infiltrate in der Kutis ohne Plasmazellen und zum Teil erhebliche Verbreiterung der Epidermiszapfen. Hier und da Parakeratose.

Auf 0,3 Neosalvarsan findet sich nach 4 Stunden eine Achseltemperatur von 38,2, Kopfschmerzen, Schwindel, starkes Ödem der Augenlider, urtikarielles Exanthem, das deutlich von den anderen Herden zu unterscheiden ist. Nach 24 Stunden verschwindet das Ödem, die Urtikariaeffloreszenzen blassen ab. Nach 5 Tagen wird erneut eine Neosalvarsan-Injektion vorgenommen (0,15 in Afenil). Es kommt jetzt zu einer stärkeren Rötung der alten Herde, im übrigen treten keine neuen Nebenerscheinungen auf. Nach weiteren 8 Tagen wird nochmals die Injektion von Neosalvarsan in Afenil versucht. Es kommt danach zu denselben Erscheinungen wie bei der ersten Injektion, gleichzeitig entsteht eine starke Stomatitis. Es wird eine kräftige Bismogenolkur eingeleitet. Die Haut verändert sich dabei nicht, nur das Jucken wird fast unerträglich.

4 Wochen nach der Aufnahme in die Klinik zeigt die Untersuchung der Haut typische Lichen ruber planus-Effloreszenzen, besonders auf der Beugefläche beider Unterarme. Auf der Unterlippe sieht man zirzinäre, blauweißliche, porzellanglänzende, linsengroße Effloreszenzen. Beiderseits auf der Wangenschleimhaut finden sich strichartig angeordnete Licheneffloreszenzen. Die Probeexzision aus dem rechten Oberarm ergibt geringe, zum Teil strichförmige, zum Teil schüsselförmige Infiltratbildungen um die hyperkeratotischen Stellen, keine Plasmazellen. Ein Teil dieses Hautstückes wird zum Arsennachweis verwandt (Stück A).

Im Laufe der nächsten Wochen zeigen die Effloreszenzen eine rotblaue Farbe und heben sich sehr deutlich von der gesunden Umgebung ab. Die Patientin erhält 3mal 0,2 Solarson. Danach erscheinen auf der Vorderseite des linken Oberarmes in der Achselgegend sowie auf der rechten Halsseite mehrere Stachelwarzen. Im Nacken und auf den angrenzenden Schulterpartien zeigen sich vermehrte Lichen ruber acuminatus-Stellen. Auf der Wangenschleimhaut in der Gegend des Mundwinkels erscheinen neue porzellanweiße Effloreszenzen. Nach Röntgen (4 x, 0,5 Al.-Filter) wird das Jucken geringer. Im Verlauf von weiteren 4 Wochen gehen die Knötchen an den Extremitäten und besonders am Arm ohne weitere Behandlung zurück. Dafür entstehen auf dem Bauche zahlreiche neue, teilweise in Ringen angeordnete Knötchenherde. Aus einem Teil dieser Ringe erhebt sich eine Hyperkeratose (Warze in Linsengröße), so daß man den Eindruck eines Siegelringes hat. Die Exzision einer ringförmigen Effloreszenz aus der Haut der linken Bauchseite dicht oberhalb des Nabels zeigt histologisch das typische Bild des Lichen ruber: Schüsselförmige Infiltrate der Kutis, besonders um die Hornkegel herum, geringe Parakeratose. Ein Teil des exzidierten Stückes wird zum Arsennachweis verwandt (Stück B). Das Ergebnis ist weiter unten besprochen.

4 Monate nach der Aufnahme wird die Patientin entlassen. Eine Nachuntersuchung 2 Monate nach der Entlassung, wobei eine weitere Behandlung nicht stattfand, zeigt, daß die Erscheinungen im ganzen deutlich geringer geworden sind. Zahlreiche graublaubräunliche Pigmentationen im Rücken, auf Bauch und Extremitäten. Auf dem Kopf sieht man mehrere handtellergroße

Digitized by Google

Stellen, von glatter, narbig verdickter, weißer Haut, auf der fast alle Haare fehlen. Die Mundschleimhaut ist frei. Nur die Oberlippe zeigt noch einzelne weißliche, girlandenartig verlaufende Verfärbungen. Auf dem linken Oberarm sieht man noch einzelne Hyperkeratosen, alle anderen sind verschwunden. Unter der linken Brust nässendes Ekzem. Wa.R. —, SG —, DM —, Liquor —. Nach weiteren 6 Monaten ist auch der Rücken glatt. Man findet noch vereinzelte Narben auf beiden Vorderarmen. Die Pigmentationen sind zum größten Teile verschwunden. Die Patientin hat eine kräftige Bi-Kur (15 g Bismogenol) durchgemacht, die gut vertragen wurde. Wa.R. —, SG —, DM —.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen 27jährigen Kunstgewerbler, der sich Juli 1926 wegen einer Lues II (Wa.R. stark positiv) behandeln ließ. Er machte darauf vom 30. 6. bis 4. 10. 1926 sehr unregelmäßig eine Neosilbersalvarsan-Mesurolkur (3,35 g Neosilbersalvarsan + 8 ccm Mesurol). Vom 1. 11. bis 15. 12. 1926 erhielt er 4,2 g Neosalvarsan. Nach der letzten Spritze trat ein Ausschlag am Penis auf, der trotz weiterer Behandlung fortschritt und sich über die Brust und den ganzen Stamm ausdehnte. Er erhielt nochmals 1,65 g Salvarsannatrium + 7 Spritzen Bisuspen und kam dann in die Klinik, da die Erkrankung sich unter Sa-Behandlung wesentlich verschlimmerte.

Die Untersuchung des Patienten zeigt im Gesicht ein geringes seborrhoisches Ekzem. Vom Halse abwärts über die Brust hinabreichend bis zum Nabel befindet sich ein Ausschlag, der das Bild des Lichen ruber planus zeigt. Die Effloreszenzen stehen so dicht gedrängt, daß auf der linken Achselgegend, weniger auf der rechten, sich handtellergroße, konfluierende Herde bilden. In den Achseln ist die Haut nässend und stark mazeriert.

Ähnliche Verhältnisse finden sich zwischen dem unteren Ende des Sternums und dem Nabel sowie in den Flanken. Hier sieht man tief gefelderte, stark hyperkeratotische Flächen, die zum Teil eine feine Schuppung zeigen. Nur an den Rändern gliedern sich einzelne Effloreszenzen ab, so daß die Begrenzung der konfluierenden Herde unregelmäßig ist. In der Unterbauchgegend beiderseits, auf dem Penis, auf dem Rücken, über den Schulterblättern, auf den Beugeseiten der Extremitäten und besonders in den Ellbogen einzelne Lichenherde, die in Größe weniger Primärläsionen bis zu Markstückgröße vorhanden sind. Auf dem rechten Oberarm sieht man Effloreszenzen in strichförmiger Anordnung. Vereinzelte Läsionen auch auf der Mundschleimhaut. Zunge ist frei.

Auf dem Rücken und auf der Beugeseite der Arme geringgradige, rotbraune, linsengroße Pigmentierungen. Keine Narben.

Liquor o. B. Im Blut Wa.R. 4, SG ++, DM ++. Innere Organe o. B.

Die Exzision eines ovalären Hautstückchens aus der rechten Brustseite zeigt das typische histologische Bild des Lichen ruber planus. Ein Teil der Exzision wird für den Arsennachweis verwandt.

Im weiteren Verlauf bilden sich nach Aussetzen der Salvarsantherapie und unter lokaler Behandlung mit Salizylschwefelsalbe und Olobintininjektionen die Effloreszenzen langsam zurück, so daß sie nach 10 Monaten bis auf braunrotgraue Pigmentierungen und einzelnen Narben fast völlig verschwunden sind.

Wir haben also in beiden Fällen ein Bild, das klinisch und histologisch dem Lichen ruber gleicht und das, wie aus der

Digitized by Google

Anamnese hervorgeht, unbedingt als Salvarsanexanthem angesprochen werden muß.

Die Überlegungen, die uns nahelegten, Arsen in den besprochenen Fällen histochemisch nachzuweisen, waren folgende. Nach zahlreichen neueren Untersuchungen (*Silberstein*, *E. F. Müller* u. a.) müssen wir annehmen, daß im Verlaufe der Behandlung mit Salvarsanpräparaten beim Einsetzen von Hauterscheinungen die Ausscheidung von Arsen auf den natürlichen Ausscheidungswegen (Niere und Leber) aufhört. Die ursächlichen Beziehungen sollen hierbei unerörtert bleiben. Es handelt sich höchstwahrscheinlich um eine Schädigung im Ausscheidungsmechanismus der Gewebe, nicht der eigentlichen Ausscheidungsorgane. Dabei kommt es auch zu einer Störung im Hautstoffwechsel, bei der die Ausscheidung des bis dahin gleichmäßig ans Blut wieder abgegebenen Arsens aufhört, während ein weiteres Einströmen von Arsen in die Haut stattfindet. Auf diesem Wege können sich hohe Arsenmengen in der Haut anhäufen. Die Hautelemente sind diesen Arsenmengen ausgesetzt, so daß es zu einer Vergiftung und zum klinischen Bilde der Dermatitis exfoliativa kommt. Da in den einzelnen Salvarsanpräparaten zirka 20 % Arsen enthalten sind, ist es möglich, daß bei einer im Laufe einer stärkeren und länger anhaltenden Salvarsankur entstehenden Dermatitis ziemlich große Arsenmengen in der Haut vorhanden sind.

Auf biologischem und rein chemischem Wege lassen sich bei der Salvarsandermatitis reichlich Arsenbestandteile in Schuppen und Haaren nachweisen. Diese Untersuchungen sagen jedoch nichts aus über die Orte, an denen sich Arsen ablagert, und vor allem nichts über die Mitbeteiligung der Hautdrüsen. Gerade letzteres ist aber für die Pathogenese der Krankheitserscheinungen wichtig. Weiterhelfen können deshalb nur histochemische Untersuchungen, wie sie von *Brünauer* zuerst bei Hyperkeratosis arsenicalis angewandt wurden und bei denen Arsen als Trisulfid im Gewebe sichtbar gemacht wird. *Osborne* konnte die Untersuchungsergebnisse von *Brünauer* bestätigen und vor allen Dingen nachweisen, daß die gelben im Gewebe darstellbaren Kristalle wirklich Arsentrisulfidkristalle sind und keine Eisen- oder Schwefelverbindungen, Blut- oder Hautpigment.

Der Arsennachweis in der Haut (modifizierte Methode *Brünauer*) geschah folgendermaßen: Nach Fixierung in 10% Formalinlösung 24—48 Stunden lang und nach Auswaschen in fließendem Wasser über 12 Stunden, wurde das ex-

Digitized by Google

zidierte Gewebe in kleine, höchstens 2 mm dicke Stücke geschnitten. Diese Stückchen wurden in eine Flasche gebracht, die mit frischer neutraler Schwefelwasserstofflösung gefüllt und dann fest und luftdicht verschlossen wurde. Die Flasche wurde 5—6 Tage lang einer Wärme von 70° C ausgesetzt. Die Schwefelwasserstofflösung wurde täglich erneuert. Die so behandelten Stückchen kamen dann 12 Stunden in fließendes Wasser und wurden hierauf in der üblichen Weise in Zelloidin eingebettet. Die Zelloidinschnitte wurden 20 Minuten in 10%iger alkoholischer Salzsäurelösung behandelt, um alle Sulfide, mit Ausnahme des Arsentrisulfids, zu entfernen. Nach Waschen in 70% Alkohol erfolgte Färbung mit Alaunkarmin oder Hämatoxylin-Eosin, und über 95% Alkohol, Nelkenöl, Xylol erfolgte Einschluß in Kanadabalsam.

Bei dem ersten Fall ergab die Untersuchung der Probeexzision A auf Arsen (Serienschnitte!) folgenden Befund. Man sieht Arsentrisulfidkristalle sehr reichlich in dem subpapillären Gewebe, hauptsächlich im Bindegewebe und extrazellulär liegend. Das eigentliche Corium ist frei. In der Basalzellenschicht findet man vereinzelte Niederschläge. An manchen Stellen sind diese Niederschläge häufiger und reichen bis in die Hornschicht hinauf. Besonders reichlich, jedoch nicht stärker wie in den Coriumpapillen, findet man Niederschläge an bestimmten Stellen der Epidermis. Die scheinbar von den Follikelmündungen ausgehenden Hornpfröpfe enthalten hier Arsenniederschläge, die deutlich größer als die der Umgebung sind. Das Follikelepithel selbst zeigt keine deutlichen Niederschläge. Die Schweißdrüsenausführungsgänge enthalten die Niederschläge in geringerer Menge, während die Talgdrüsenausführungsgänge vermehrte Niederschläge erkennen lassen. Es läßt sich nicht entscheiden, ob das Pigment im Epithel intra- oder extrazellulär gelagert ist. Da das Arsentrisulfid aus der Umgebung herauskristallisiert und durch sehr kräftige chemische Einwirkungen entsteht, ist das nicht verwunderlich, zumal die einzelnen Kristalle relativ groß sind. Das subkutane Gewebe zeigt keinerlei Niederschläge. Dagegen findet man einzelne Kristalle in den Gefäßen der Cutis.

Bei dem Exzisionsstück B liegen ähnliche Verhältnisse vor wie in dem Stück A. Jedoch sind hier die Niederschläge wesentlich stärker vorhanden. Dies mag daran liegen, daß, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, inzwischen die Patientin Arseninjektionen erhalten hat. Es fallen hier feinste Kristalle in verstärktem Maße in dem Epithel besonders in den tieferen Zellschichten auf. Auch die sehr stark entwickelten Hornschichten zeigen größeren Arsengehalt. In der Kutis und besonders in den Kutispapillen sind die Arsentrisulfidniederschläge nur um ein Geringes vermehrt. Dasselbe finden wir in den Drüsen. Aller-

Digitized by Google

dings findet man an einzelnen Stellen in den Drüsen selbst, vor allem in den Talgdrüsen und deren Ausscheidungsgängen, aber auch in den Schweißdrüsen, Arsentrisulfidniederschläge. Die Gefäße zeigen den gleichen Befund wie in Stück A.

Im Fall 2 sehen wir folgende Verteilung der Arsenverbindung. Vereinzelte Kristalle liegen in der Epidermis, und zwar in den tieferen Schichten derselben. Die eigentlichen Hornschichten sind bis auf die Hornpfröpfe, die vereinzelte Niederschläge enthalten, frei. Im Follikelepithel selbst lassen sich keine Niederschläge feststellen. Dagegen finden wir in der Kutis zahlreiche Kristalle, die hier wahllos und ohne besondere Anordnung gelagert sind. Es läßt sich auch hier nicht entscheiden, ob die Niederschläge intra- oder extrazellulär gelagert sind. Die Anordnung spricht im allgemeinen mehr für extrazelluläre Lagerung. Die größere Menge der Niederschläge liegt im subpapillären Gewebe. Die eigentliche Kutis ist frei. Die Untersuchungen der Drüsen selbst läßt weder in dem Knäuel- noch in den Talgdrüsen Niederschläge erkennen, jedoch zeigen die Ausführungsgänge, und zwar hauptsächlich die der Talgdrüsen, vereinzelte Niederschläge. Ebenso findet man vereinzelte Niederschläge in den Gefäßen.

Zum Vergleich wurden Arsenuntersuchungen bei zwei Salvarsandermatitisfällen (Fall 3 und 4) und einem Salvarsanurtikariafall (Fall 5) vorgenommen. Bei Fall 3 handelte es sich um eine Patientin, die wegen Lues I einer kräftigen Salvarsankur unterzogen wurde. Am Ende der Kur, die aus insgesamt 5,72 g Salvarsannatrium und 6 g Bismogenol bestand, trat plötzlich nach der letzten Spritze eine allgemeine Dermatitis auf, die, an den Ellenbogen, an Augenlidern, Ohren und der Halsgegend beginnend, sich innerhalb von 3 Tagen über den ganzen Körper erstreckte. 3 Wochen nach dem Beginn der Dermatitis wurde aus der Bauchhaut rechts oberhalb des Nabels ein bohnengroßes Hautstück exzidiert, das zum Arsennachweis verwandt wurde.

Die Untersuchung ergab hier Arsenniederschläge in den direkt unter der Epidermis liegenden Kutispartien. Die Epidermis war fast vollkommen frei von Kristallen. Auch in den tieferen Kutisschichten ließen sich keine Niederschläge feststellen. Dagegen fanden sich vereinzelt in den Gefäßen sowie nur in allergeringstem Maße in den Talgdrüsenausführungsgängen Niederschläge.

In dem Fall 4 (Lues congenita tarda), bei dem sich die Salvarsandermatitis nach 2,1 Neosalvarsan und 4,0 Bismogenol

Digitized by Google

entwickelte, wurde eine Probeexzision am rechten Oberschenkel 3 Wochen nach Beginn der Entzündung vorgenommen. Die Untersuchung auf Arsen zeigte an keiner Stelle der Probeexzision Arsentrisulfidniederschläge.

Auch in dem Fall 5 von Salvarsanurtikaria, bei dem eine Probeexzision am linken Oberschenkel nach der dritten Injektion von 0,45 Neosalvarsan vorgenommen wurde, ließen sich in keinem Schnitt Arsentrisulfidkristalle nachweisen.

Bei Betrachtung dieser Befunde läßt sich die eingangs gestellte erste Frage, ob sich in der Haut von Salvarsanlichenpatienten histochemisch Arsen nachweisen läßt, ohne weiteres bejahen. Die Methode liefert, sofern man sich mit ihr eingearbeitet hat und die Vorschriften aufs genaueste befolgt, brauchbare Resultate. Auch bei Fällen von Salvarsandermatitis. Allerdings gelingt der Nachweis von Arsen nur, wenn genügend große Mengen des Elementes in der Haut vorhanden sind. Wir sahen dies sehr schön beim Vergleich der Exzisionen A und B von Fall 1, bei dem in Stück B deutlich stärkere Niederschläge vorhanden waren, nachdem neben Salvarsan noch Solarson in den Körper hineingebracht worden war. Ebenso sehen wir es bei Fall 4 und 5 (Salvarsandermatitis und Salvarsanurtikaria), bei denen zu geringe Salvarsanmengen im Körper und also auch in der Haut vorhanden waren, als daß sie durch unsere Methode hätten nachgewiesen werden können. Der histochemische Nachweis von Arsen bei dem Fall 3 (Salvarsandermatitis) bestätigt die früher rein chemisch und biologisch erhobenen gleichlautenden Befunde.

Die Beantwortung der zweiten Frage, wo sich in der Haut Arsen findet, würde folgendermaßen lauten. In den beiden Fällen von Salvarsanlichen fand sich Arsen in der Epidermis sowohl, als auch in den oberen Kutisschichten. Vermehrte Arsenniederschläge fanden sich in der Gegend der Follikelmündungen, in den Ausführungsgängen der Talgdrüsen, geringere in den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen. Es ließ sich nicht unterscheiden, ob die Arsenniederschläge nicht nur extrazellulär, sondern auch zum Teil intrazellulär gelagert waren.

Bei den zwei Fällen von Salvarsandermatitis wurde in einem Fall Arsen fast nur in den oberen Kutisschichten und fast gar nicht in der Epidermis gefunden. In dem zweiten Fall, der nur geringe Salvarsanmengen erhalten hatte, sowie in einem Fall von Salvarsanurtikaria wurden weder in Kutis und

Digitized by Google

Epidermis noch in Drüsen und Gefäßen Arsentrisulfidniederschläge nachgewiesen.

Es ergibt sich demnach ein deutlicher Unterschied in den Fällen von Salvarsanlichen und Salvarsandermatitis insofern, als im ersten Falle Epithel und Hornpfröpfe sowie die Drüsen stärker von Arsen imprägniert sind, als im Falle der Dermatitis, bei der hauptsächlich die Kutis die Trägerin der Arsenverbindungen zu sein scheint.

Was sagen nun diese Befunde für die Pathogenese der Erscheinungen aus? Bekanntlich stehen der Haut hauptsächlich zwei Ausscheidungswege für toxische Substanzen zur Verfügung, einmal die Hautdrüsen und zweitens die Abstoßung der mit den toxischen Substanzen imprägnierten Zellen und Anhangsgebilde (z. B. Haare). Nehmen wir nun an, daß wirklich Arsenverbindungen das wirksame Agens bei der Entstehung der Salvarsanschädigungen der Haut darstellen, dann wird die Haut versuchen, auf den genannten Ausscheidungswegen diese Giftstoffe abzustoßen. Im Falle des Arsenlichen wird sie das zu einem Teil auf dem Drüsenwege versuchen. Unsere histochemischen Befunde zeigen dies. Aber das gesamte Epithel scheint dabei eine Rolle zu spielen, wie aus dem Vorhandensein von Arsentrisulfidkristallen im Epithel hervorgeht. Der Arsenlichen wäre also als Ausscheidungsdermatose zu bezeichnen, wobei die klinischen Erscheinungen als eine Folge der Giftstoffausscheidung anzusehen wären.

Bei der Salvarsandermatitis scheint mehr der Weg der Abstoßung der gesamten Zellen in Betracht zu kommen. In unserem Fall finden wir allerdings Arsen fast nur in der Kutis. Wir müssen aber annehmen, daß die Abstoßung in bestimmten Phasen erfolgt, bei denen die Arsenbestandteile langsam in das Epithel eindiffundieren und dann abgestoßen werden. Man würde das feststellen können, wenn in bestimmten Zeitabschnitten bei demselben Patienten Probeexzisionen gemacht und diese auf Arsen untersucht würden. Praktisch stößt dieses Vorgehen jedoch auf Schwierigkeiten. Daß dem aber so ist, konnten wir feststellen, indem wir in den von den Fußsohlen sich ablösenden großen Hornhautfetzen Arsen nachweisen konnten. Es kommt dazu, daß sehr wahrscheinlich in manchen Phasen des Abstoßungsvorganges die Arsenmengen im Epithel so klein sind, daß sie sich dem histochemischen Nachweis entziehen. Mit Recht wurde von *E. Hoffmann* auch die Dermatitis einmal als Ausscheidungsdermatose bezeichnet.

Digitized by Google

Weshalb aber in einem Fall mehr die Drüsen und im anderen Fall mehr die Abstoßung des geschädigten Hautteils zum Abtransport des Arsens herangezogen werden, wissen wir nicht. Die Erscheinung ist wohl in dispositionellen Gründen zu suchen. Klinisch sehen wir, wie sich aus einer Dermatitis ein Lichen oder aus einem Lichen eine Dermatitis entwickeln kann und wie auch beide Formen miteinander vergesellschaftet sein können. Beide Ausscheidungswege können sich eben ersetzen und ergänzen.

Es wäre schließlich noch zu erörtern, ob sich unsere Befunde beim Salvarsanlichen für die Erklärung des Lichen ruber als Ausscheidungsdermatose heranziehen lassen. Der Vorschlag, diese Erkrankung als Ausscheidungsdermatose zu betrachten, wurde kürzlich von *H. Fischer* gemacht, der nachwies, daß die Hyperkeratosen beim Lichen ruber von dem Follikelepithel der Hautdrüsen ausgehen. Da es *M. B. Schmidt* gelungen war, durch Verfütterung von besonderen Stoffen, die durch die Hautdrüsen z. T. ausgeschieden wurden, bei Tieren einen Reiz auf das Follikelepithel der Hautdrüsen auszuüben, so daß es hier und im umgebenden Epithel zu eigenartigen Geschwulstbildungen kam, Befunde, die von *H. Fischer* bestätigt werden konnten, nimmt letzterer an, daß auch beim Lichen ruber die klinischen Erscheinungen durch den Reiz eines pathologischen Drüsensekretes auf das Epithel der Follikelmündungen, besonders das der Talgdrüsen, hervorgerufen würden. In unseren Fällen wurden am Follikelepithel selbst keine Arsenverbindungen festgestellt, wohl aber in den Hornpfröpfen und im umgebenden Epithel. Aber es brauchen ja nicht notwendigerweise hochprozentige Arsenverbindungen zu sein, die einen solchen Reiz ausüben. Der Arsengehalt dieser toxischen Stoffe könnte ja so klein sein, daß er sich dem histochemischen Nachweis entzieht. Jedenfalls sprechen unsere Befunde dafür, daß außer in den Drüsen auch noch besondere Bedingungen im Epithel vorhanden sein müssen, die für das Entstehen der Lichenefflorescenzen notwendig sind. Bei der großen Übereinstimmung des klinischen und histologischen Bildes des Salvarsanlichen mit dem des Lichen ruber, sprechen unsere Untersuchungsergebnisse mehr für als gegen die *H. Fischer*sche Theorie. Während im Falle des Salvarsanlichen giftige Arsenverbindungen den notwendigen Reiz auf Drüsen und Epithel ausüben würden, könnten beim Lichen ruber Reize anderer auch infektiöser Art auf die gleichen Hautbestandteile in der gleichen Weise wirken. Arsenverbin-

Digitized by Google

dungen und die essentielle Noxe des Lichen ruber würden in der Tat dieselben Zellkomplexe zum Angriffspunktt nehmen.

Literaturverzeichnis.

Brünauer, Arch. f. Derm. u. Syph. 129. S. 186. 1921. — *Buschke*, Berl. derm. Ges. Sitzg. v. 10. 5. 1921. Ztrlbl. f. H. u. G. 1. S. 552. 1921. — *Buschke* und *Sklarz*, Derm. Wschr. 76. S. 517 u. S. 540. 1921. — *Fischer, H.*, Ztrlbl. f. H. u. G. 25. S. 338. 1927. — *Derselbe*, Derm. Wschr. 82. S. 805. 1926. — *E. Hoffmann*, D. med. Wschr. 1921, S. 1019. Sitz d. Niederrh. Ges. f. Naturw. vom 8. V. 1921. — *Jadassohn*, Derm. Wschr. 76 S. 261. 1923. — *Müller, E. F.*, Ztschr. f. kl. Med. 105 S. 192. 1927. — *Osborne*, Arch. of Derm. and Syph. 12 S. 773, 1925. — *Schmidt, M. B.*, Virch. Arch. 253. S. 432. 1924 — *Silberstein*, Arch. f. Derm. u. Syph. 144. S. 260. 1923.

III.

(Aus der Dermatolog. Abteilung des Städt. Krankenhauses Nürnberg [Vorstand: Prof. *E. Nathan*].)

Über den Mineralgehalt der Haut unter normalen und pathologischen Verhältnissen.

II. Mitteilung.

Über den Kalium-, Kalzium- und Wassergehalt der normalen Menschenhaut.

Von

E. NATHAN und FR. STERN.

In der vorangehenden I. Mitteilung hatten wir auf Grund von Untersuchungen an Leichenhaut eine Mikromethode angegeben, mit der es möglich ist, in kleinen exzidierten Hautstückchen den Gehalt der Haut an Kalium, Kalzium und Wasser zu bestimmen. Mit dieser Methode haben wir diese Werte an normalen, frisch exzidierten Stückchen menschlicher Haut in 15 Fällen untersucht und möchten über die Resultate kurz berichten. Wenn dieses Material auch relativ klein erscheint, so glauben wir doch damit eine genügende Grundlage zur Beurteilung des Kalium- und Ca-Gehalts der menschlichen Haut unter pathologischen Verhältnissen gewonnen zu haben, zudem die dabei erhaltenen Werte mit den von uns an der Leichenhaut ermittelten und mit den spärlichen Angaben in der Literatur in gutem Einklang stehen. Dazu kommt, daß die Exzision von Hautstückchen bei Hautgesunden naturgemäß auf große Schwie-

Digitized by Google

Tabelle I.

Laufende Nr.	Name der Patienten	Geschlecht	Alter	Körper-Region	Gehalt der Haut (Naßgewicht) an		Gehalt der Haut (Trockengewicht) an		Trockensubstanz der Haut in Prozent	Wassergehalt der Haut in Prozent
					Kalium in mg-%	Kalzium in mg-%	Kalium in mg-%	Kalzium in mg-%		
1.	Gr.	♀	20	Oberschenkel (lateral)	109,9	9,1	367,5	30,4	29,9	70,1
2.	H.	♀	21	Oberschenkel (Streckseite)	100,0	7,2	337,8	24,4	29,6	70,4
3.	P.	♀	20	Oberschenkel (Streckseite)	75,0	10,0	253,7	33,8	29,6	70,4
4.	Sch.	♀	23	Oberschenkel (Streckseite)	81,0	7,6	239,3	22,5	33,9	66,1
5.	D.	♂	18	Oberschenkel (Streckseite)	71,2	9,2	230,1	30,3	30,4	69,6
6.	E.	♂	28	Oberschenkel (medial)	83,8	5,4	284,1	18,3	29,5	70,5
7.	L.	♂	31	Oberschenkel (lateral)	90,9	7,0	297,1	22,9	30,6	69,4
8.	G.	♀	21	Oberschenkel (Streckseite)	67,2	6,3	207,4	19,4	32,4	67,6
9.	G.	♀	20	Oberschenkel (Streckseite)	50,6	5,1	172,1	17,3	29,4	70,6
10.	B.	♀	16	Oberschenkel (Streckseite)	68,0	6,1	202,4	18,2	33,6	66,4
11.	K.	♀	17	Oberschenkel (Streckseite)	80,9	6,9	248,9	21,2	32,5	67,5
12.	R.	♂	29	Inguinalgegend	84,1	8,8	274,8	28,8	30,6	69,4
13.	L.	♂	21	Unterarm (Beugeseite)	70,9	10,8	212,9	32,4	33,3	66,7
14.	W.	♂	33	Bauch	82,2	6,4	241,6	18,5	34,1	65,9
15.	L.	♂	20	Brust	78,5	8,1	244,5	25,2	32,1	67,9

Digitized by Google

rigkeiten stößt. Die Exzisionen konnten daher auch nur an den nicht sichtbaren Körperregionen vorgenommen werden (Brust, Bauch, Unterarme, Inguinalgegend, Oberschenkel). Mehrfache Exzisionen beim gleichen Patienten an verschiedenen Körperregionen, die uns an und für sich erwünscht gewesen wären, erwiesen sich ebenfalls als unmöglich.

Die bei den Exzisionen entnommenen Hautstückchen wogen frisch zwischen 0,5—1,2 g. In Ergänzung unserer Untersuchungen an der Leichenhaut teilen wir in der vorstehenden Tabelle I nicht nur die für K und Ca in der frisch exzidierten normalen Menschenhaut ermittelten Werte in mg-% für das Naßgewicht mit, sondern auch die auf Trockengewicht der Haut umgerechneten Werte sowie den Wassergehalt der Haut.

Wie die Tabelle I zeigt, sind die Unterschiede im Gehalt der Haut an K und Ca beim Vergleich der einzelnen Fälle miteinander recht beträchtlich, während der Wassergehalt im Gegensatz dazu relativ konstant ist und sich innerhalb enger Grenzen hält. Die folgende Tabelle II zeigt die aus den 15 Fällen errechneten *Durchschnittswerte*, sowie die *Maximal-* und *Minimalwerte* für K, Ca, Trockensubstanz und Wassergehalt der normalen Menschenhaut.

Tabelle II.

	Gehalt der Haut berechnet auf Naßgewicht an		Gehalt der Haut berechnet auf Trockengewicht an		Gehalt der Haut an Trockensubstanz in Prozent	Gehalt der Haut an Wasser in Prozent
	Kalium in mg-%	Kalzium in mg-%	Kalium in mg-%	Kalzium in mg-%		
Mittelwerte aus 15 Analysen	79,7	7,6	257,5	24,5	31,3	68,7
Maximalwerte . .	109,9	10,8	367,5	33,8	34,1	70,6
Minimalwerte. . .	50,6	5,1	172.1	17,3	29,4	65,9

Die relativ weite Spanne, die wir für die K- und Ca-Werte in den verschiedenen Fällen fanden, könnte zunächst die Verwertbarkeit der erhaltenen Zahlen im Sinn von Normalwerten als fraglich erscheinen lassen, zumal schon unsere Untersuchungen an der Leichenhaut in Übereinstimmung mit entsprechenden, ebenfalls bei Verarbeitung von Leichenhaut — allerdings mittels Makromethode — gewonnenen Zahlen von *Brown* gleichfalls beträchtliche Differenzen in K- und Ca-Gehalt der normalen Haut verschiedener Fälle ergeben hatten. Wenn man auch zunächst diese Differenzen auf die Art des verarbeiteten

Digitized by Google

Materials hätte zurückführen können, so ergeben unsere weiteren Untersuchungen an frischer Haut nunmehr das gleiche Resultat. Trotzdem sind aber die von uns gefundenen Zahlen als Normalwerte durchaus brauchbar, da wir, um dies vorwegzunehmen, bei der Untersuchung pathologisch veränderter Haut wesentlich größere Abweichungen von diesen Normalwerten fanden, — Abweichungen, die zum großen Teil weit über die normale Spanne der K- und Ca-Werte der gesunden Haut hinausgehen.

Dagegen muß die Spanne, die im Gehalt der normalen Haut an K und Ca möglich ist, dann berücksichtigt werden, wenn es sich darum handelt, den *Mineralgehalt der Haut verschiedener Körperregionen* miteinander zu vergleichen und die eventuellen Unterschiede bei der Klärung des Problems der regionären Differenzierung und der differenten Disposition verschiedener Körperregionen zu bestimmten Erkrankungen zu verwerten. Unsere in dieser Beziehung vorgenommenen Untersuchungen ergaben aber in Berücksichtigung der beträchtlichen physiologischen Breite des K- und Ca-Gehaltes der Haut keine eindeutig verwertbaren Resultate, wie aus der Tabelle I hervorgeht. Vielmehr liegen die von uns an verschiedenen Körperregionen gefundenen K- und Ca-Werte innerhalb der normalen Grenzen, wie sie z. B. für die Werte an den Streckseiten der Oberschenkel bestehen, so daß die Mineraluntersuchungen für das Problem der regionären Differenzierung und Disposition der Haut vorläufig nicht verwertbar erscheinen.

Wie die beiden Tabellen zeigen, liegen die von uns bei Normalfällen gefundenen *Kaliumwerte* im allgemeinen zwischen ca. 200—300 mg-%, die *Kalziumwerte* zwischen ca. 20 bis 30 mg-%, berechnet auf Trockengewicht der Haut. Die Kaliumwerte entsprechen also fast genau den von *Brown* mittels Makrobestimmungen bei Verarbeitung größerer Leichenhautstücke gefundenen Werten. *Brown* fand in 10 Analysen Kaliumwerte zwischen 168 und 339 mg-%, im Mittel 239 mg-%, *wir* fanden in 15 Analysen Kaliumwerte zwischen 172,1 und 367,5 mg-%, im Mittel 257,5 mg-%.

Im Gegensatz zu den Kaliumwerten fanden wir bei dem Kalzium größere Unterschiede im Gehalt der normalen frischen Haut und der Leichenhaut. Denn sowohl die von *Brown* als auch die von uns bei Verarbeitung von Leichenhaut erhaltenen Ca-Werte liegen durchschnittlich um ca. 10 mg-% höher als die Kalziumwerte der frischen normalen Haut. Die Erklärung für

Digitized by Google

diese Differenz dürfte wohl darin zu suchen sein, daß *Brown* und wir entsprechend dem durchschnittlichen Sektionsmaterial vornehmlich die Haut alter Individuen untersucht haben. *Brown* hat aber bereits betont, daß die Kalziumwerte in der Haut mit dem zunehmenden Alter ansteigen, eine Beobachtung, die wir auf Grund unserer Leichenhaut-Untersuchungen bestätigen können (vgl. die Tabelle in unserer I. Mitteilung). Da wir die Untersuchungen, über die wir jetzt berichten, an der Haut junger Individuen vorgenommen haben, so dürften sich die Differenzen im Ca-Gehalt der Leichenhaut und der normalen Haut unter Berücksichtigung der verschiedenen Altersstufen wohl zwanglos erklären.

Der *Wassergehalt* der von uns untersuchten 15 Fälle frischer Normalhaut liegt zwischen 65,9 und 70,6%; im Mittel beträgt er 68,7%, schwankt also nur innerhalb recht enger Grenzen und läßt somit die wesentlich größeren Schwankungen im K- und Ca-Gehalt der Haut als besonders bemerkenswert erscheinen. *Rothstein* fand für den Wassergehalt der Haut im Mittel 64,8%, *Schirmer* bei adipösen Individuen 63,3%, bei mageren Individuen 67,7%, *Urbach* 61—65%. Diese geringfügigen Unterschiede dürften wohl auf die Art der Fettentfernung und der methodischen Verarbeitung der Haut zurückzuführen sein.

Zusammenfassung.

1. Der mittels eigener Mikromethode in frisch exzidierten Stückchen normaler Menschenhaut ermittelte Gehalt an Kalium und Kalzium liegt beim Kalium im allgemeinen zwischen ca. 200 und 300 mg-%, beim Kalzium zwischen ca. 20—30 mg-%, berechnet auf Trockengewicht der Haut. Der Wassergehalt frischer Normalhaut liegt zwischen 65,9 und 70,6%, der Mittelwert beträgt 68,7%.

2. Unterschiede im Gehalt an Kalium und Kalzium waren an verschiedenen Körperregionen nicht sicher nachweisbar, so daß die Mineraluntersuchungen für das Problem der regionären Differenzierung und der differenten Disposition verschiedener Körperregionen für verschiedene Erkrankungen vorläufig nicht verwertbar erscheinen.

3. Der Kalziumgehalt der Haut steigt in Übereinstimmung mit Angaben *Browns* mit zunehmendem Alter an.

Literatur.

E. Nathan und *Fr. Stern*, Dermat. Ztschr. Bd. 53. S. 451. 1928. — *Brown*, Journ. of biol. chem. Bd. 68. S. 729. 1926. — *Rothstein*, Berl. klin. Wschr. 1920. S. 1053. — *Schirmer*, Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 89. S. 263. 1921. — *Urbach*, Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtsk. Bd. 20. H. 5/6. 1928.

Digitized by Google

VI.

(Aus der Dermatologischen Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Schwabing [Chefarzt: Prof. *W. Heuck*].)

Die bikolorierte Schellackreaktion von Marchionini und Thurzo als „haltbares Schnellreagens".

Von

J. VONKENNEL,

Assistent der Abteilung.

(Hierzu Tafel I.)

Mit der Erkenntnis, daß wohl der größte Teil des Stoffwechsels vom Gehirn und Rückenmark über den Liquor geht, hat dieser eine enorme diagnostische Bedeutung in der Physiologie und Pathologie des Zentralnervensystems erreicht, und mit den Erfahrungen in der Technik der Lumbal- bzw. Subokzipitalpunktion hat sich seine Gewinnung in immer weitere Kreise ärztlicher Tätigkeit eingeführt. Der allgemeinen, schnellen Orientierung, gewissermaßen der Liquoruntersuchung am Krankenbett auf pathologische Verhältnisse, stehen zurzeit die Zellzählung und die Globulinreaktionen zur Verfügung. Am häufigsten werden von diesen angewandt die Phase I nach *Nonne-Apelt-Schumm* mit Ammonsulfat, die Karbolsäurereaktion von *Pandy* und die *Weichbrodt*sche Sublimatreaktion. Zur Frage ihrer Zuverlässigkeit können auch wir die Ausführungen *Marchioninis* bestätigen, daß sich die Pandyreaktion bisweilen als zu überempfindlich erwies[1]), daß also in sonst normalen Liquores krankhafte Globulinveränderungen vorgetäuscht wurden, während die Sublimatreaktion ab und zu sicher pathologisch veränderte Liquores negativ erscheinen ließ. Auch die Ammonsulfatprobe kann in ihrer Ablesbarkeit Untersuchern, die über keine große Erfahrung und über ein nicht sehr zahlreiches Vergleichsmaterial verfügen, Schwierigkeiten machen. Diese wichtigsten Voraussetzungen aber für eine klinisch-chemische Liquorreaktion: genau dosierte Empfindlichkeit, leichte An-

[1]) Das Reagens muß unserer Erfahrung nach genau nach der Kafkaschen Vorschrift hergestellt werden.

Digitized by Google

stellbarkeit und Ablesbarkeit glaubte *Marchionini* mit der Einführung einer kolloidalen Einzelreaktion[1]) zu erreichen: der *Schellackreaktion.*

Schellack ist ein Harz, das durch Auswaschen des Gummilacks entsteht. Gummilack wird besonders in Indien (Assam, Burma) gewonnen, er fließt aus der durch den Stich der Gummilackschildlaus verletzten Rinde einiger Fikus- und Grotonarten.

Unter den *Harzkolloiden* wurde zur Kolloid-Liquordiagnostik zuerst das Mastixhydrosol, dann das Benzoeharzhydrosol und als drittes 1924 das Schellackhydrosol von *Urechia* und *Danetz* angegeben. In jüngster Zeit hat sich diese Reihe schon wieder erweitert durch die Einführung eines Myrrhenharzhydrosols von *Calatroni.*

Während nun *Urechia* und *Danetz* zur Untersuchung des Liquors mit dem Schellackhydrosol entsprechend der *Lange*schen Goldsolreaktion aus dem Liquor mit einem Elektrolyt eine Verdünnungsreihe hergestellt haben, um in der üblichen Weise Fällungskurven zu bekommen, hat *Marchionini* 1925 eine praktisch viel einfachere und handlichere Methodik ausgearbeitet, welche nach Art der Globulinreaktionen in einem einzigen Reagenzröhrchen angestellt werden kann, ohne Zusatz irgendeines Elektrolytes. Es wird dabei eine künstlich hergestellte kolloidale Lösung, das Schellackhydrosol, mit gleichem Teil Liquor in einem engen Röhrchen gemischt, und die Intensität der sofort ablesbaren Trübung oder Flockung geht dem Grad der pathologischen Beschaffenheit des Liquors parallel, während normaler Liquor ein in der Durchsicht völlig klar erscheinendes, in auffallendem Licht ein leicht opaleszierendes Liquor-Schellackgemisch ergibt.

Diese einfache Schellackreaktion ist nun mit teilweise geringfügigen Modifikationen in der Herstellung des Sols *(Stern)* bzw. in der Anstellung (Zentrifugieren — *Thurzo*) an verschiedenen Kliniken nachgeprüft worden *(Voitel-Prochazka)* und ich glaube, daß man die Erfahrungen dieser Autoren in dem Resumé *Sterns* niederlegen kann, der die Reaktion für den Arzt am Krankenbett aus zwei Gründen empfiehlt: 1. ist die Ablesung leicht zu erlernen, 2. zeigt das Material keinerlei Abweichung von den Kontrolluntersuchungen. Die lange Haltbarkeit des Sols, seine leichte Darstellung und die Möglichkeit, mit geringen Liquormengen arbeiten zu können, sind Vorzüge, die die *Marchionini*sche Schellackreaktion zu einer empfehlenswerten, schnell orientierenden Vorprobe vor Anstellung der Reihenkolloidreaktionen machen.

[1]) Im Gegensatz zu den Reihenkolloidreaktionen.

Digitized by Google

Thurzo hat nun schon immer an der Verfeinerung der Ablesbarkeit der kolloidalen Liquorreaktionen gearbeitet und dieses Ziel auch erreicht, als er als Reihenreaktionen die *„bikolorierte Benzoë- und Mastixreaktion"* angab. Zu den kolloidalen Lösungen werden zwei Farben, Brillantfuchsin und Naphtholgrün-B zugesetzt und das Neue und Wesentliche dieser Modifikation zeigt sich bei der Anstellung: *die pathologische Qualität des Liquors ist nicht allein aus einer Ausflockung, sondern noch aus einer bestimmten Farbveränderung des am Boden befindlichen Niederschlags und der darüberstehenden Flüssigkeit erkennbar*[1]).

Im November 1926 haben nun *Thurzo* und *Marchionini* die *„bikolorierte Schellackreaktion"* angegeben, d. h. sie haben das bisher verwandte Schellackhydrosol mit dem gleichen Zweifarbensystem — Brillantfuchsin und Naphtholgrün-B — vereinigt und halten diese neue Reaktion wegen der hohen Empfindlichkeit und vor allem wegen der Schnelligkeit, mit der sie zum Resultat führt, für geeignet, als Schnellreaktion bzw. als Vorreaktion und erstes Auskunftsmittel darüber in der klinischen Praxis zu dienen, ob der eben gewonnene Liquor normale oder pathologische Qualität besitzt.

Wir haben nun kurz nach dieser ersten Mitteilung die Anstellung der bikolorierten Schellackreaktion aufgegriffen und konnten schon am 17. Januar 1927 in der Münchener Dermatologischen Gesellschaft an einem Material von 80 Fällen ihre Brauchbarkeit und ihre leichte Ablesbarkeit demonstrieren. Die weiteren Untersuchungen und Erfahrungen veranlaßten uns wie *Marchionini*, nun an Stelle des bisherigen braunen Schellacks weißen oder gebleichten Schellack zu gebrauchen. Die 10%ige alkoholische Schellackstammlösung erweist sich mehrere Monate hindurch als haltbar, *dagegen muß das gebrauchsfertige bikolorierte Farbsol jedesmal neu angesetzt werden,* worauf auch *Marchionini* und *Stern* hinweisen, und *dieser letzte Umstand genügt, um* der sonst so einfachen und dabei einwandfreien Reaktion den hauptsächlichsten *praktischen Wert zu nehmen, nämlich für eine Einzeluntersuchung sofort, nur in der geringen notwendigen Menge, ohne Verlust der Empfindlichkeit zur Verfügung zu stehen.* Die Lösung der ersten, rein quantitativen Voraussetzung schien uns die einfache Abfüllung des gebrauchsfertigen bikolorierten Schellackhydrosols in Ampullen von 1 bis 2 ccm Inhalt zu erfüllen, aber diese erwiesen sich schon bei der

[1]) Nach *Marchionini* und *Stern*.

Digitized by Google

Verwendung nach 4—6 Wochen als praktisch unbrauchbar, d. h. es trat dann in sicher pathologischen Liquores keine Ausfällung des elektropositiven Brillantfuchsin mit den Harzkolloidteilchen und damit auch keine Farbänderung ein.

Wenn wir nun glaubten, die gegenseitige Entladung zwischen dem Eiweiß und dem Schellackhydrosol bei der Kolloidflockung durch einen geringeren Zusatz von dem elektropositiven Brillantfuchsin zur Erreichung einer längeren Haltbarkeit sensibilisieren zu können, so waren doch rein empirische Versuche ausschlaggebend für die endgültige Herstellung eines bikolorierten Schellackhydrosols, das in Ampullen abgefüllt, sich „auch auf die Dauer" praktisch wirksam erwies.

Das in Ampullen fertige „haltbare" bikolorierte Schellackreagens wird in seinen Ausgangslösungen genau nach den Angaben von *Thurzo* und *Marchionini* hergestellt: 1. Aqua bidest., 2. 10% Schellacklösung in abs. Alkohol (Lacca alba, gebleichter Schellack), 3. Naphtholgrün-B-Lösung 0,5% in Aqua bidest., 4. Brillantfuchsinlösung 0,5% in abs. Alkohol.

Sämtliche Lösungen werden vor Gebrauch filtriert und zur Herstellung des Reagenses werden dann, mit der minimalen Änderung im Zusatz des Brillantfuchsin, der Reihe nach gemischt unter Umschütteln: 20 ccm Aqua bidest., 5 ccm der 10% alkoh. Schellacklösung 0,5 ccm Naphtholgrün-B, 0,12 ccm Brillantfuchsinlösung und 1,5 ccm Naphtholgrün-B-Lösung. Die Lösung zeigt nach Zusammengeben rotviolette Färbung, die sich nach mehrstündigem Stehen in Kobaltblau umwandelt.

Wir füllten nun das so gewonnene Reagens in Ampullen ab und bewahrten diese ohne besondere Vorschrift auf. Die Prüfung nach Wochen und Monaten ergab nun, daß das Farbsol an seiner Empfindlichkeit nicht verlor, und als wir durch das Entgegenkommen der Chemiewerke Homburg die Muster eines Großansatzes[1]) bekamen, bewiesen diese eine gleiche, zuverlässige, klinisch verwertbare Reaktionsbreite.

Wir haben nun seit Oktober vorigen Jahres mit einem durch Großansatz gewonnenen und in Ampullen abgefüllten Reagens gearbeitet und glauben unsere Ergebnisse nach Prüfung an 120 Liquores veröffentlichen zu dürfen.

Die *bikolorierte Schellackreaktion nach Marchionini und Thurzo „mit Ampullen-Reagens" wird angestellt, indem man am*

[1]) Das „haltbar gemachte Schnellreagens" wird unter der Bezeichnung „Schellack-Reagens-Homburg" von der Chemisch-Pharmazeutischen A.-G. Bad Homburg in den Handel gebracht.

Digitized by Google

besten in einem kleinen Reagierglas zu je ½ ccm Liquor ½ ccm Sol gibt, sanft schüttelt und 4—5 Minuten zentrifugiert. Das Resultat kann sofort abgelesen werden.

Bei normalem Liquor bleibt das Sol unverändert klar und durchsichtig. Pathologischer Liquor läßt oft schon vor dem Zentrifugieren eine Trübung erkennen; nach dem Zentrifugieren zeigt sich eine Veränderung, die nach zwei Seiten hin charakteristisch ist. Man sieht auf dem Boden einen roten Niederschlag und die überstehende Flüssigkeit ist je nach dem Grad der pathologischen Qualität des Liquors leicht getrübt mit geringer, aber einwandfrei angedeuteter Grünfärbung (+), deren Zunahme bis zu einem klaren, intensiven Giftgrün dem Grade ++ und +++ entspricht (siehe Abbildung).

Unsere Resultate sind in Tabellenform zusammengestellt; zum Vergleich sind die Ergebnisse der übrigen serologischen Untersuchungen von Herrn Dr. *Eller*, im serologischen Laboratorium unserer Abteilung angestellt, angeführt; das psychiatrische Liquormaterial wurde von Herrn Prof. *Lange* bzw. Herrn Dr. Guttmann aus der psychiatrischen Abteilung des Schwabinger Krankenhauses zur Verfügung gestellt.

Differentialdiagnose: Paralyse und Taboparalyse ergaben immer den stärksten Ausschlag. Tabes und Lues des Z.N.S. zeigten gewöhnlich auch+++, in einzelnen Fällen nur ++ an. *Multiple Sklerose, Enzephalitis, Tumoren des cerebrum bzw. der medulla* zeigen im allgemeinen Negatives im einzelnen Falle (s. Fall Nr. 28, 40, 55) auch mal schwach positives Resultat an. Bei *endogenen Psychosen und funktionellen Neurosen* war das Ergebnis immer negativ.

Meningitis serosa zeigte keine Veränderung des klaren Farbsol-Liquorgemisches, dagegen zeigte *Meningitis purulenta* immer eine deutlichere Ausflockung und eine intensivere Grünfärbung als Meningitis tuberculosa.

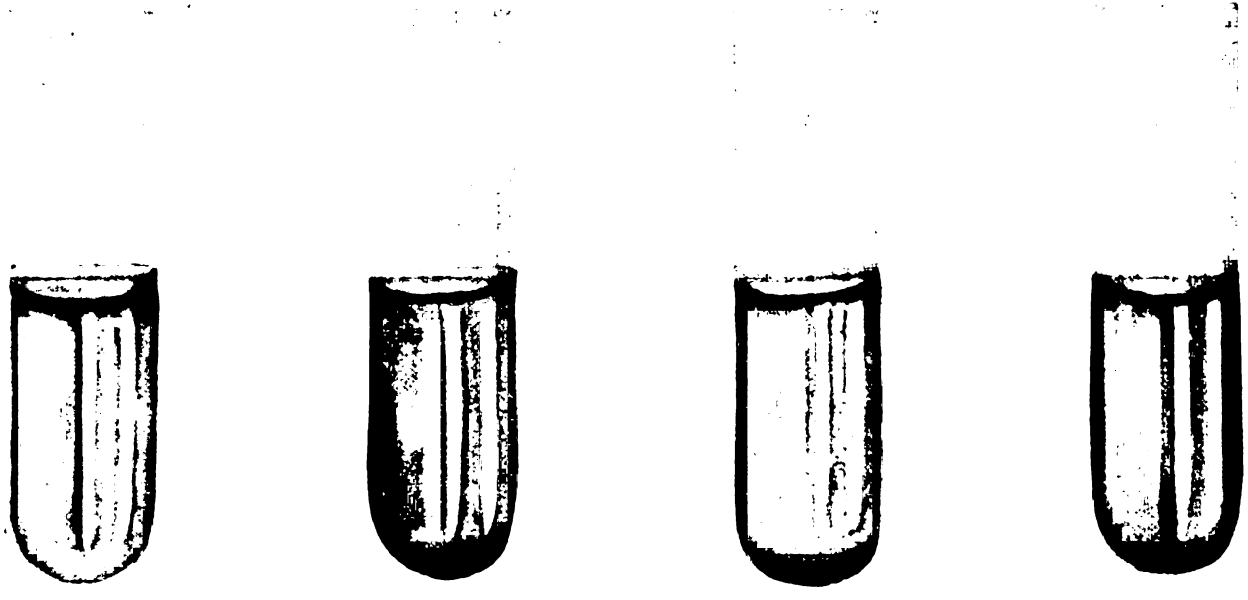
Faßt man unsere *Ergebnisse mit dem „haltbaren" bikolorierten Schellackreagens* zusammen, so ergibt sich: *Das beschriebene Reagens besitzt außer den Vorteilen der Siliquidreaktion und denen der einfachen Schellackreaktion — Gleichmäßigkeit und Haltbarkeit eines auch im Großansatz herstellbaren Sols — noch den Vorzug, daß jederzeit ein „bikoloriertes" Reagens in einer konstanten und zuverlässigen Form zur Verfügung steht, wodurch ein noch unklares klinisches Bild schon in wenigen Minuten, sozusagen am Krankenbett einen wertvollen diagnostischen Anhaltspunkt erfährt.* Die durch die Bikolorie-

Digitized by Google

Tabelle:

Nr.	Klinische Diagnose	Zellen	Nonne	Pandy	Sublim.	Koll. R.	Wa.R.	Schellack
1	Lues latens . . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
2	Lues congenita . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
3	Lues II	erh.	+	++	+	PP-Kurve	++++	+++
4	Lues latens . . .	normal	ø	+	ø	o. B.	ø	ø
5	Tumor cerebri . .	normal	ø	+	ø	PP-Kurve	ø	++(+)
6	Taboparalyse . . .	erh.	+	+++	+	Lu. Z. N. S.	++++	+++
7	Lues latens . . .	normal	ø	+	ø	o. B.	ø	ø
8	Lues d. Z. N. S. . .	erh.	+	++	+	Lu. Z. N. S.	++++	+++
9	Lues congenita . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
10	Lues congenita . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
11	Paralysis prgr. . .	erh.	++	++	+	PP-Kurve	++++	++
12	Lues latens . . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
13	Tumor d. Z. N. S. .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
14	Neur. Optica . . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
15	Lues d. Z. N. S. (?).	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
16	Tabes (?)	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
17	Paralysis prgr. . .	erh.	++	++	+	PP-Kurve	++++	+++
18	Lues latens . . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
19	Tabes dorsalis (?) .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
20	Lues congenita . .	erh.	++	++	++	PP-Kurve	++++	+++
21	Lues latens . . .	erh.	+	+	+	Lu. Z. N. S.	+++	+++
22	Lues sanata . . .	normal	ø	+	ø	o. B.	ø	ø
23	Unklare Erkr. des Z. N. S. (Trauma, Lues)	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
24	Verd. a. Paralysis (Luminalvergift.)	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
25	Lues d. Z. N. S. . .	erh.	+	++	ø	Lu. Z. N. S.	+++	+++
26	Encephalitis acuta	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
27	Lues d. Z. N. S. (?).	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
28	R. M. Tumor . . .	normal	ø	+	ø	o. B.	ø	+
29	Meningomyelitis luica (?)	normal	ø	+	ø	o. B.	ø	ø
30	Meningit.purulenta	erh.	++	++	++	Meningitis	ø	+++
31	Paralysis progr. .	erh.	++	++	+	PP-Kurve	++++	+++
32	Tabes dorsalis . .	erh.	++	++	++	Tbs-Kurve	++++	+++
33	Melancholie . . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
34	Paralysis (?) Sclerosis multpl. (?) .	normal	+	+	ø	Lu. Z. N. S.	ø	++
35	Meningit.purulenta	erh.	++	++	++	Meningitis	0	+++
36	Lues d. Z. N. S. . .	erh.	+	++	+	PP-Kurve	++++	+++
37	Tabes (?)	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
38	Tabes	erh.	+	+	+	Tbs-Kurve	++++	++(+)
39	Sclerosis multpl. .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
40	Sclerosis multpl. .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	+
41	Lues d. Z. N. S. (?) Tumor (?)	erh.	+	++	+	Lu. Z. N. S.	+++	+++
42	Paralysis progr. .	erh.	++	++	+	PP-Kurve	++++	+++
43	Epilept. Anfall Luminal Suicid . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
44	Verd. a. Lu. d. Z. N. S.	normal	ø	+	ø	Lu. Zacke	ø	+++
45	Tumor (?) Pachymengitis (?) . . .	erh.	+	+	+	Meningitis	ø	++(+)
46	Lues congenita, Liquor xanthochr. .	normal	+	+	+	atyp. Kurve	ø	++
47	Meningitis serosa .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
48	Paralysis progr. .	erh.	++	++	+	PP-Kurve	++++	+++

Digitized by Google



1. Reagens nach dem Zentrifugieren nicht verändert: *Negatives Resultat.* Die kobaltblaue durchsichtige Farbe ist erhalten geblieben. Kein Niederschlag.

2. Reagens leicht getrübt mit geringer, aber einwandfrei angedeuteter Grünfärbung und geringem Niederschlag: *Einfach positiv.*

3. Die Trübung geringer. Grünfärbung intensiver, mehr Niederschlag: *Zweifach positiv.*

4. Intensive giftgrüne, durchsichtige Färbung mit starkem Niederschlag: *Dreifach positiv.*

Digitized by Google

Digitized by Google

Nr.	Klinische Diagnose	Zellen	Nonne	Pandy	Sublim.	Koll. R.	Wa.R.	Schellack
49	Meningit. purulenta	erh.	++	++	++	Meningitis	ø	++(+)
50	Meningitis luica .	erh.	+	+	+	PP-Kurve	++++	+++
51	Lues congenita . .	erh.	++	++	+	PP-Kurve	++++	+++
52	Spätkatatonie . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
53	Parkinsonismus . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
54	Meningitis luica .	erh.	+	++	+	Meningitis	+++	+++
55	Tumor d. Z. N. S. .	normal	0	0	0	98mg-% Zuck.	0	+
56	Tabes dorsalis . .	erh.	+	+	+	Tabes-K.	++++	+++
57	Lu. d. Z. N. S. . .	erh.	+	++	+	Lu. d. Z. N. S.	+++	+++
58	Epilepsie	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
59	Meningitis tbc. . .	erh.	+	+	ø	Meningitis	0	+
60	Korsakow (?) Paralysis progr. (?) .	normal	ø	+	ø	o. B.	ø	ø
61	Meningitis serosa .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
62	Meningitis tbc. . .	erh.	+	+	+	Meningitis	0	+
63	Katatonie	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
64	Lues II, Leukoderm.	normal	ø	+	ø	L. Lu.-Zacke	ø	++
65	Tabes dorsalis . .	erh.	+	++	ø	Tabes-Krv.	++++	+++
66	Paralysis progr. .	erh.	++	++	+	PP-Kurve	++++	+++
67	Psychopathie . . .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
68	Hydrocephalus . .	normal	0	0	0	o. B.	0	0
69	Debilität	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
70	Lues II	erh.	ø	+	ø	Lu. d Z. N.	bei 0,1 ++	++
71	Paralysis progr. .	erh.	++	++	+	PP-Kurve	⊕+++	+++
72	Lues congenit. Hydrocephalus . .	normal	ø	+	ø	Lu. d. Z. N.	++	++
73	Meningitis tbc. . .	erh.	+	++	+	Meningitis	ø	+
74	Dementia präcox .	normal	ø	ø	ø	o. B.	ø	ø
75	Gonorrhöe während der Impfmalaria, Lues ausgeschloss., Malariameningitis?	normal	ø	++	ø	Kurve v. Meningitistyp	ø	++

Weiterhin wurden noch 45 Liquores von Lueskranken ohne Beteiligung des Zentralnervensystems untersucht, sie ergaben in allen Reaktionen negative Resultate.

rung nach *Marchionini* und *Thurzo* ausgezeichnet *erleichterte Ablesbarkeit der Reaktion wird durch die Verwendung des haltbaren Ampullenreagens nicht beeinträchtigt.*

Literatur.

Marchionini, Klin. Wschr. 4. Jahrg. Nr. 5. — *Derselbe*, D. med. Wschr. 1925. Nr. 23. — *Derselbe*, Klin. Wschr. 6. Jahrg. Nr. 11. — *Marchionini* und *Stern*, Derm. Ztschr. 1927. Bd. 51. H. 2. — *Thurzo* und *Marchionini*, Med. Klinik. 1926. Nr. 45. — *Thurzo*, D. med. Wschr. 1927. Nr. 11. — *Stern*, Klin. Wschr. Jahrg. 6. 1927. Nr. 34. — *Voitel*, Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 97. S. 144. — *Calatroni*, Rev. de la soc. argentina de biol. Jahrg. 2. Nr. 6. — *Prochazka*, Ceska Dermatologie. 1927. Bd. 8. Nr. 9. — *Urechia* und *Danetz*, Compt. rend. des seances de la soc. de biol. 89.

Digitized by Google

V.

Ein Beitrag zur Frage der juxtaartikulären Knotenbildungen bei Syphilis.

Von

Dr. HANS MARTIN,

Facharzt für Haut- und Harnleiden in Pirmasens.

In der Tropenmedizin schon seit langer Zeit bekannt, erst in den letzten Jahren auch in unseren Breiten als seltene Erkrankung beobachtet und beschrieben, bilden die sogenannten juxtaartikulären Knotenbildungen ein eigenartiges Krankheitssymptom, das vornehmlich zwei nahe verwandten Infektionskrankheiten eigen ist, der Framböesie und der Syphilis. Die tropischen juxtaartikulären Knotenbildungen hatte ich bereits früher im tropischen Westafrika kennenzulernen die Möglichkeit (Martin), mit den syphilitischen juxtaartikulären Knotenbildungen mich zu befassen, bot mir ein Fall meiner Praxis willkommene Gelegenheit. Diesen typischen Krankheitsfall zu beschreiben und mit den bisher bekannt gewordenen Tatsachen in Beziehung zu setzen, ist aus verschiedenen Gründen der Mühe wert.

Krankengeschichte.

Anamnese: R., Richard, 32 Jahre alt. 1916 in Rumänien eine offene Stelle am Penis, die ohne Inanspruchnahme des Arztes auf Puderbehandlung hin abheilte. Von einem Ausschlag am Körper oder irgendwelchen Allgemeinerscheinungen nie etwas bemerkt. Keine Malaria. Seit 1921 verheiratet. Frau und Kinder serologisch und klinisch gesund. Im Januar 1927 Auftreten von schmerzhaften Knoten in der Gegend des rechten Fußgelenkes, vornehmlich auf dessen Streckseite, die in wechselnder Ausdehnung und Stärke seit dieser Zeit bestehen, ohne jemals wieder ganz zu verschwinden. Bei verschiedenen Ärzten Rat wegen der Erkrankung eingeholt, die das Leiden angeblich als „rheumatisch" bezeichneten und dementsprechend behandelten. Allerdings gibt Patient an, niemals Schmerzen im Gelenk selbst, sondern nur in den Knoten gehabt zu haben. Durch Einnehmen der verschiedenen verordneten Medikamente und Einreiben diverser externer Mittel jedoch keine Änderung des Krankheitsbildes mit Ausnahme der spontanen Schwankungen in der Intensität der Erscheinungen, die auch schon vor dem Eintreten in die ärztliche Behandlung bestanden hatten.

Befund: Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Keine Erscheinungen von seiten der Haut und der Schleimhäute, insbesondere keine sichtbare P.A.-Narbe. Keine Drüsenschwellungen oder sonstige Anhaltspunkte für eine bestehende Lues.

Das rechte Fußgelenk erscheint bei oberflächlicher Betrachtung besonders auf der Streckseite unregelmäßig geschwollen. Keine Rötung oder

Digitized by Google

sonstige Veränderung der Haut über dem Krankheitsherd. Bei der näheren Inspektion und Palpation ergibt sich, daß die *Verdickung der Streckseite des Fußes in der Höhe des Fußgelenkes gebildet wird von 4—5 haselnuß- bis walnußgroßen, teigig weichen, unregelmäßig lappigen, auf der Unterlage verschieblichen Knoten*, über denen die Haut sich zwar verschieben, aber nicht in Falten abheben läßt (infolge der bestehenden Spannung). Fuß im *Fußgelenk ohne Schmerzen* nach allen Seiten frei beweglich. *Knotenbildungen* spontan und auf Druck *mäßig schmerzhaft*. Alle anderen Gelenke: o. B. Wa.R. und S.G.R. stark positiv. Histologische Untersuchung nicht möglich.

Verlauf: Die sofort nach Sicherung der Diagnose eingeleitete Salvarsankur bringt eine rapide Rückbildung der Knoten mit sich, so daß nach Beendigung der ersten Kur nur noch kleine erbsengroße, harte (wohl narbige) Verdickungen an den Stellen der früheren Knoten fühlbar sind. Wa.R. am Ende der ersten Kur negativ, S.G.R. schwach positiv.

Nach der vorstehend mitgeteilten Krankengeschichte handelt es sich also um einen bisher nicht erkannten und auch *noch nicht antiluetisch vorbehandelten Syphilisfall*, der sich niemals in tropischen Ländern mit endemischer Framböesie aufgehalten hatte und bei dem *11 Jahre nach der Infektion als erstes bedeutsames Zeichen der Krankheit multiple Knotenbildungen* auftraten, die auf die Gegend der Streckseite des rechten Fußgelenkes beschränkt und auf Grund ihrer Schmerzhaftigkeit zunächst als rheumatisch angesehen worden waren.

Daß es sich bei den multiplen, auf die Umgebung eines einzigen Gelenkes beschränkten, haselnuß- bis walnußgroßen, teigig weichen, unregelmäßig lappigen, auf der Unterlage verschieblichen schmerzhaften *Knotenbildungen meines Falles in der Tat* um eine *Erscheinungsform der Lues* handelt, ist einwandfrei dadurch erwiesen, daß *nach der Anamnese* ein syphilitischer Primäraffekt mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen werden muß, daß die *serologischen Untersuchungen* stark positiv ausfielen und daß schließlich die Knotenbildungen durch die *eingeleitete Salvarsantherapie* unter gleichzeitiger Besserung des serologischen Befundes bis auf kleinste, wohl narbige Reste zum schnellen Schwinden gebracht wurden.

Solange die juxtaartikulären Knotenbildungen nur in tropischen Gegenden mit endemischer Framböesie bzw. bei Leuten, die sich dort aufgehalten hatten, beobachtet wurden, war es eine einwandfrei fast nie zu beantwortende Frage, wie weit man bei den differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zwischen Framböesie und Lues in derartigen Fällen der einen oder der anderen Krankheit eine maßgebende Rolle für das Entstehen der eigenartigen Erscheinungen zuschreiben sollte, und wenn auch bereits *Lutz* in seiner ersten Beschreibung der später von *Jeanselme* als *„nodosités juxtaarticulaires"* bezeichneten Knoten die syphilitische Ätiologie angedeutet hatte, so wurde diese differentialdiagnostisch und ätiologisch besonders wichtige Streitfrage erst durch eine

Digitized by Google

Veröffentlichung von *de Quervain* dahin entschieden, daß auch bei Europäern, die niemals ihr Heimatland verlassen hatten, das *typische Bild der* tropischen *juxtaartikulären Knotenbildungen auftreten kann als alleinige Folge der syphilitischen Infektion,* womit jedoch nicht behauptet werden soll, daß nur die Syphilis und nicht auch die Framböesie (cf. *Genner*) sie hervorzurufen vermag.

Jeßner, der durch Zusammenfassung des bisher bekannten Materials und an Hand eigener Beobachtungen das Krankheitsbild der J.A.K. nicht tropischer Art nach allen Richtungen hin durchforscht und in vollkommener Weise behandelt hat, stellt insgesamt *63 Fälle* zusammen aus Ländern, die von der Framböesie verschont sind, und zwar stammen hiervon 21 Fälle aus Europa und Nordamerika, 42 Fälle aus Nordafrika. Seit der Veröffentlichung von *J.* sind hinzugekommen 1 Fall von *Fex,* 3 Fälle von *Olessow,* 1 Fall von *Worster-Drought,* 1 Fall von *Borscevskij,* 5 Fälle von *Silbermann,* 1 Fall von *Parounagian* und *Mason;* schließlich der oben beschriebene eigene Fall, zusammen also *13. Fälle.*

Wenn somit auf Grund aller dieser Beobachtungen nicht an der Möglichkeit gezweifelt werden kann, daß auch die Syphilis das eigenartige Bild der juxtaartikulären Knotenbildungen in vollkommener Weise hervorzurufen im Stande ist, so ist hiermit noch keinerlei Klarheit gewonnen in der Beantwortung der *Fragen, die das Zustandekommen der seltenen Erscheinungen und ihrer eigenartigen Lokalisation betreffen.*

Auffallend ist es, daß man bei der großen Verbreitung der Syphilis in unseren Breiten so relativ selten dieses Krankheitsbild zu sehen bekommt, während in den Tropen die J.A.K. ein sehr häufiges Vorkommnis bilden. Diese in der Literatur vielfältig niedergelegte Feststellung konnte auch ich auf Grund eigener Erfahrung voll bestätigt finden, indem mir — ganz abgesehen von anderweitig zu Gesicht gekommenen Fällen — allein unter etwa 60, als Arbeitsbesatzung eines Afrikadampfers dienenden Negern (Kruleute von der Liberiaküste), 3 typische Fälle juxtaartikulärer Knotenbildungen begegneten.

Selbst wenn man zur Erklärung dieser eigenartigen prozentualen Verhältnisse zwischen dem Vorkommen der J.A.K. in framböesiedurchseuchten und keine Framböesie aufweisenden Ländern die Annahme heranzieht, daß die in den Tropenländern an der Bildung der J.A.K. ätiologisch sicherlich ganz hervorragend beteiligte Framböesie eine bedeutend größere Fähigkeit besitzt, die J.A.K. hervorzurufen als die bei uns hierfür allein in Betracht kommende Syphilis, so erscheint in diesem Zusammenhang die Frage wohl erwähnenswert, ob nicht doch *vielleicht* neben anderen Gründen das — beim Neger fast stets zutreffende — *Fehlen jeglicher Behandlung bzw.* der gänzliche *Mangel an genügender spezifischer Behandlung* einen prädisponierenden, *das Auftreten der J.A.K. begünstigenden Einfluß* ausübt.

Eine diesbezügliche Durchsicht der Literatur bestätigt diese Annahme insofern, als man es — soweit überhaupt Angaben über die vorausgegangene Behandlung bzw. das Fehlen der Behandlung gemacht sind — *bei den Kranken mit syphilitischen J.A.K. mit Leuten zu tun hat, die fast durchweg gar nicht vorbehandelt sind.* Ebenso wie in meinem Fall handelt es sich bei den Fällen von *Jordan, Patané, Broden* und *Bernard, Jeßner* (Fall 1 und 2) um Patienten,

Digitized by Google

die überhaupt niemals antiluetisch behandelt worden waren; nur in einem Fall von *Jeßner* ist in der Anamnese von 2 Gesäßspritzen die Rede, die er vor 38 Jahren beim Militär wegen einer Lues erhalten hatte. In der weitaus größten Zahl der Fälle der Literatur beschränkt man sich lediglich auf die Feststellung des positiven Wassermanns der an J.A.K. erkrankten Patienten, ohne daß auf eine eventuelle vorausgegangene Behandlung eingegangen wäre. Ob man auch in diesen Fällen das völlige Fehlen der Vorbehandlung annehmen kann, erscheint deswegen wahrscheinlich, weil bei einer positiven Seroreaktion in Anbetracht der *Wichtigkeit aller für* eine *Lues sprechenden Daten* sicherlich auch die Behandlung erwähnt worden wäre; es ist aber dieser Punkt in einwandfreier Weise für diesen Teil der Beobachtungen nicht zu entscheiden. Jedenfalls scheint es sich nicht um einen Zufall zu handeln, und es ist somit die *Annahme nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, daß* dieser Faktor *— das Fehlen der antiluetischen Behandlung — von einer gewissen Bedeutung für das Zustandekommen der J.A.K. ist.*

Interessant ist es, in diesem Zusammenhang des für die Entstehung und die Eigenart der Lokalisation der J.A.K. vorgebrachten Erklärungsversuches von *de Quervain* Erwähnung zu tun, der eine besondere Tropie der Spirochäten für das Bindegewebe in den Fällen von J.A.K., also besondere „fibrotrope" Spirochätenstämme annimmt und glaubt, daß solche *schwach virulenten Stämme an Orten oft wiederholter Traumen der Entstehung der J.A.K. Vorschub leisten.* Wenn man auch bezüglich der Annahme einer besonderen fibrotopen Spirochätenart geteilter Meinung sein kann, so ist dem Gedanken, daß schwache Virulenz im Verein mit Traumen, ständigen mechanischen Irritationen usw. (Lit. siehe bei *Jeßner*) die J.A.K. hervorzurufen bzw. ihr Erscheinen zu begünstigen in der Lage ist, insofern seine Berechtigung zuzuerkennen, als es sich bei den J.A.K.-Kranken vielfach um Leute handelt, deren luetische Infektion bis zum Auftreten der J.A.K. symptomlos oder doch ohne auffallende Erscheinungen verlief und als erstes bedeutsames und beachtetes Zeichen der stattgefundenen Ansteckung die Knotenbildungen hervorrief. Diese Beobachtung im Sinne einer schwächeren Virulenz der bei den betreffenden Kranken in Betracht kommenden Spirochätenstämme zu deuten, ist auch mit Rücksicht auf die Tatsache erlaubt, daß *in einer gewissen Analogie zu der von de Quervain für die Lues vertretenen Anschauung der im allgemeinen zu weniger schweren Erscheinungen führende Framböesieerreger das Bild der J.A.K. recht häufig hervorruft* (s. oben). Daß man neben den bisher aufgeführten Erklärungsversuchen auch *die in dem befallenen Organismus begründete, fibrotische Neigung (Greenbaum),* die konstitutionell oder hormonal gegebene Anlage zu mesenchymalen Hyperplasien *(Zur Verth)* als prädisponierenden Faktor für das Zustandekommen des eigenartigen Krankheitsbildes herangezogen hat, zeigt die großen Schwierigkeiten, die einer gültigen und anerkannten Erklärung für die Genese der J.A.K. im Wege stehen.

Im Gegensatz zu den Unklarheiten in der Erklärung der Genese und eigenartigen Lokalisation der J.A.K., bei deren Zustandekommen neben Traumen und ständig wiederholten mechanischen Irritationen u. E. nicht nur den im Krankheitserreger und Wirtsorganismus liegenden prädisponierenden Faktoren eine Bedeutung zukommt, sondern auch das Fehlen der spezifischen Behandlung eine gewisse, im Vergleich zu anderen ter-

Digitized by Google

tiär-luetischen Prozessen weit wichtigere Rolle zu spielen scheint, stellt sich das *klinische Bild* der J.A.K. in einer einheitlichen Weise dar, die zu größeren Meinungsverschiedenheiten keinen Anlaß gibt. Die typische Lokalisation in der Umgebung der großen Gelenke, häufig symmetrisch, aber auch einseitig, unter besonderer Bevorzugung der Streckseiten wird fast ausschließlich bei allen beobachteten Fällen eingehalten (cf. *Jeßner*). Die verschiedenen Angaben in der *Konsistenz* erklären sich (ebenso wie die Meinungsverschiedenheiten bei der Beschreibung histologischer Befunde) wohl hauptsächlich daraus, daß die alten Knoten, in denen das fibröse Gewebe stärker vertreten ist, eine härtere, die neu entstandenen, junge Knoten dagegen eine weichere Konsistenz aufweisen. *Greenbaum* war bei einem Fall in der Lage, diese Umwandlung der Knoten von weicher, schwammiger Konsistenz zu der im allgemeinen vorhandenen Knorpelhärte sich entwickeln zu sehen. Mit dieser Neigung der fibrösen Umwandlung („fibroid gumma") der Knotenbildungen hängt es auch zusammen, daß die einmal aufgetretenen und zur vollen Entwicklung gelangten Knoten meist jahrelang unverändert bestehen bleiben und im allgemeinen keine Neigung zur spontanen Rückbildung oder Einschmelzung zeigen. Nur selten zeigt sich spontane Involvierung oder ohne Therapie zu Stande kommender Wechsel in der Größe der Tumoren *(Cange* und *Argaud, Noël,* eigener Fall) und ebenso rar ist die Beobachtung, daß es an einem oder mehreren Knoten zur ulzerösen oder fistulierenden Einschmelzung der Knoten kommt *(Foley* und *Parrot, Gougerot* und *le Coniat, de Quervain, Sellei, Jeßner?, Borscevsky).*

Was die subjektiven Beschwerden der J.A.K. angeht, so werden dieselben im allgemeinen vermißt. Jedoch sind ebenso wie bei meiner Beobachtung auch von anderer Seite bereits spontane und Druckschmerzen beschrieben worden *(Fox, Goodmann, Jeßner). Allerdings konnte in meinem Fall keine Beziehung der an den Knoten lokalisierten Beschwerden zu eventuell vorhandenen arthritischen Schmerzen festgestellt werden,* wie es von mehreren Autoren *(Jordan, Jeanselme, Sporacio, Irvine* und *Tunnacliff)* beschrieben und von *Jeßner* bestätigt und ausdrücklich hervorgehoben wird.

Eng verknüpft mit den diagnostischen und differentialdiagnostischen Fragen, die von *Jeßner* in ihrer Gesamtheit erschöpfend behandelt sind, *ist das therapeutische Vorgehen und der Erfolg der antiluetischen Behandlung bei den J.A.K. lue-*

Digitized by Google

tischen Ursprungs. Framböetische und luetische J.A.K. in unseren Breiten zu unterscheiden, hat in den Fällen, die niemals sich in den Tropen aufhielten, keinerlei praktische Bedeutung; ob es zur Zeit überhaupt möglich sein wird, in Zweifelsfällen diese beide Krankheiten zu unterscheiden, ist eine heikle Frage, die zu entscheiden auch *Jeßner* nur bis zu einem gewissen Grade gelungen ist. Dagegen bietet die Unterscheidung gegen die anderen, nicht luetischen bzw. nicht framböetischen Knotenbildungen, von denen nach *Jeßner* subkutane Sarkoide, subkutane kolliquative Tuberkulose, Hygrome, Öltumoren, Gichtknoten, subkutane fibröse Knotenbildungen an den Ellenbogen bei der Akrodermatitis chronica atrophicans, Knötchen beim Rheumatismus nodosus, periartikuläre Fibrome, echte Neoplasmen usw. in Betracht kommen, im allgemeinen keine Schwierigkeiten, wenn neben der eingehenden klinischen Untersuchung und Auswertung der Krankheitssymptome sowie der Anamnese die Anstellung der serologischen Reaktion und antiluetische Behandlung nicht unterlassen wird. *Denn der Erfolg der Behandlung ist entscheidend für die Bestätigung der Diagnose,* wie auch *Jeßner* besonders betont. Und so ist denn auch in den Fällen echt luetischer J.A.K. der Einfluß der antiluetischen Behandlung fast immer ein überraschend schneller und guter. Daß man nur in den frischeren Fällen mit einem besonders prompten Ansprechen auf die Therapie rechnen und in den älteren, stark fibrösen Formen nicht mehr mit derselben Sicherheit den Einfluß der Behandlung erwarten dürfte *(Sparacio, Silbermann),* erscheint zwar nach rein theoretischer Überlegung wahrscheinlich, trifft aber nach der Erfahrung durchaus nicht zu, indem auch sehr alte Knoten recht schnell schwinden können *(Jeßner)* und hier nun in den Fällen von *de Quervain, Sellei* und *Sparacio* — vielleicht zum Teil bedingt durch zu frühen Abbruch der spezifischen Therapie — die antiluetische Behandlung versagt zu haben scheint. Wie man im Einzelfall die erfolgverheißende antiluetische *Therapie* anwenden wird, ob man das — auch mit Recht — meist bevorzugte *Salvarsan allein* (wie in meinem Fall) *oder kombiniert mit Quecksilber oder Wismut,* oder die beiden letzten Metalle allein oder kombiniert mit Jod oder schließlich vielleicht einmal auch Jod allein verabreichen wird, ist der Entscheidung des Therapeuten anheimgegeben, der im Interesse seines Kranken stets dem Heilmittel den Vorzug geben wird, das auf dem schnellsten, sichersten und ungefährlichsten Wege die Heilung herbeiführt.

Digitized by Google

Literaturverzeichnis.

Es werden nur diejenigen Arbeiten angeführt, die noch nicht in den Veröffentlichungen von *Jeßner* enthalten sind.

Borscevskij, „Ein Fall von nodosités juxtaarticulaires *Jeanselme*". Ref. Ztschr. f. H. u. G. Bd. 21. S. 749. — *Fex*, „Multiple luische Schwellungen in der Nähe der Gelenke". Ref. Ztschr. f. H. u. G. Bd. 25. S. 834. — *Jeßner*, „Über juxtaartikuläre Knotenbildungen". Kl. Wschr. Bd. 3. Nr. 33. — *Derselbe*, „Juxtaartikuläre syphilitische Knotenbildungen". Arch. f. D. u. S. Bd. 151. S. 257. — *Derselbe*, „Über syphilitische juxtaartikuläre Knotenbildungen". Arch. f. D. u. S. Bd. 152. S. 132. — *Martin*, „Westafrikanische Reiseerfahrungen". Ztschr. f. H. u. G. Bd. 22. S. 308. — *Parounagian* und *Mason*, „Subkutaneous nodular syphiloderm". Ref. Ztschr. f. H. u. G. Bd. 22. S. 101. — *Silbermann*, „Über nodosités juxtaarticulaires". Ref. Ztschr. f. H. u. G. Bd. 22. S. 100.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Februar 1928.

Vorsitzender: Herr *Buschke*. Schriftführer: Herr *W. Fischer*.

Tagesordnung.

1. Herr *Gottron:* a) *Lupus vulgaris* und *Scrophuloderm* bei einem 3jährigen Kinde.

Die Erkrankung soll im August mit einem knötchenförmigen Gebilde in der linken Kinngegend begonnen haben, im November soll sich dann ein walnußgroßes, submental gelegenes Infiltrat entwickelt haben, das zur Erweichung kam und ärztlicherseits im Dezember inzidiert wurde.

Von diesem ausgehend in der linken seitlichen Halsregion eine Lymphangitis und Lymphadenitis.

Pirquet stark positiv.

b) 19jährige Patientin mit *Lues II.*

Pat. trat Anfang Februar in unsere Behandlung mit einem vorwiegend am Stamm ausgebreiteten luetischen Exanthem.

Vorhanden war eine Roseola, die teilweise granulierten Charakter aufwies, weiterhin ein kleinlinsengroßes papulöses Exanthem und vor allem gruppierte kleinpapulöse (lichenoide) Effloreszenzen. Daneben bestanden Schleimhauteffloreszenzen im Mund und an den Genitalien.

Wa.R. und Spirochäten positiv.

Geringgradige allgemeine Drüsenschwellung.

Das Bemerkenswerte dieses Falles besteht darin, daß ein großer Teil der Effloreszenzen abheilt unter Hinterlassung einer Atrophia maculosa cutis (luetica).

c) *Basalzellenepitheliom* bei einem 59jährigen Mann.

Dieses soll seit etwa 8 Jahren in Entwicklung sein und ist in den mittleren Gesichtspartien lokalisiert. Hier hat es zu weitgehender Defektbildung geführt, der große Teile der Nase, der rechten Nasolabialfalte, zum Opfer gefallen sind. Irgendwelche eingreifende therapeutischen Maßnahmen, die eventuell mitverantwortlich für die Größe der Ausdehnung zu machen wären, sind anscheinend nicht durchgeführt worden.

Ausdehnung des Prozesses: $7 \times 6{,}5$ cm. Regionäre Drüsen nicht ergriffen.

Digitized by Google

d) *Aleukämische Lymphadenosis cutis* bei einem 55jährigen Beamten.

Nach den anamnestischen Angaben erkrankte der Patient erstmalig 1919 mit Drüsenschwellungen. Nacheinander wurden die einzelnen Drüsengruppen ergriffen, zunächst die Axillar-, später die Hals- und Inguinaldrüsen. Etwa 2 Jahre sollen die Drüsenschwellungen, die angeblich in einzelnen Regionen Apfelgröße erreichten, bestanden haben und schließlich auf eine eingeleitete Röntgenbehandlung vollkommen zur Rückbildung gekommen sein. Während dieser Zeit erfolgte eine Gewichtsabnahme von 40 Pfund. Die Krankheit war von Fieberattacken begleitet, die, soweit sich dies aus der Anamnese entnehmen läßt, periodisch auftreten und gelegentlich eine Höhe bis zu 40° erreichten.

Seit ½ Jahr nun hat der Pat., der sich in der Zwischenzeit vollkommen gesund fühlte und an Gewicht wieder zugenommen hat, sehr unter Jucken zu leiden, das ihn veranlaßte, die Klinik aufzusuchen. Die Entwicklung der jetzt bestehenden Hautveränderung beobachtet der Kranke seit 10 Wochen und die — erneut auftretende — Drüsenschwellung seit 6 Wochen. Fieber soll jetzt nicht bestanden haben.

Befund: Die Haut der Körperdecke, insbesondere die der Extremitäten, der Gesäßbacken und der seitlichen Rumpfpartien, ist der Sitz von knotigen Gebilden. Die Einzelknoten sind vielfach subkutan gelagert und treten dementsprechend an der Oberfläche kaum in Erscheinung; teilweise entwickeln sie sich auch kutan und wölben sich ganz flach halbkugelig an der Oberfläche vor, wobei in ihrem Bereich die Haut eine bald bläulich-rote, bald mehr bräunlich-rote Verfärbung aufweist. Auf Glasdruck sind im Bereich derartiger Infiltrate kleinste umschriebene, stippchenartige glasige Gebilde festzustellen, wie man sie bei *Boeck*schen Sarkoiden zu sehen gewohnt ist. Die Einzelknoten sind verschieden groß (erbs- bis haselnußgroß). Besonders bemerkenswert sind die an den beiden Schläfen sich findenden, gruppiert angeordneten, planen Infiltrate. Diese sind scharf begrenzt, linsengroß, von bräunlicher Farbe und lassen vor allem gut bei Glasdruck die obenerwähnten stippchenartigen Gebilde erkennen. Eine Verdünnung der Epidermis und ein Durchscheinen von auf dem Infiltrat schwimmenden Gefäßen ist in ihrem Bereich nicht feststellbar.

Die Drüsen sind fast allgemein vergrößert, meist walnußgroß, und im Bereich der Inguinaldrüsen erreichen sie Apfelgröße. Auffallend ist die Härte, die die Drüsenpakete dieser Region aufweisen. Die Milz ist nicht als vergrößert tastbar.

Blutbild: Keine Zeichen einer Leukämie. Gesamtzahl der Leukozyten 3500. Im Differentialbild keine relative Lymphozytose.

Auf eingeleitete Röntgenbehandlung im Bereich der vergrößerten Drüsen sind diese etwas kleiner und weicher geworden. Temperatursteigerung trat nach der Röntgenbestrahlung auf. Besonders bemerkenswert sind die jetzt in Erscheinung tretenden punktförmigen Hämorrhagien, wie sie besonders auf dem Rücken zu finden sind.

Histologisch besteht ein typisches Infiltrat, das vor allem um die Drüsen und Follikel angeordnet ist und bemerkenswerterweise tief in der Cutis eingelagert ist[1]).

[1]) Nachtrag bei der Korrektur. Einige Wochen später erlag der Patient seiner Erkrankung.

Digitized by Google

2. Herr *H. Freund: Lokalreaktionen nach Zosterverimpfung auf drei Erwachsene und ein 11 jähriges Kind.* (Demonstration.)

Ich zeige Jhnen hier die photographischen Aufnahmen und mikroskopischen Präparate von drei Erwachsenen und einem 11 jährigen Kind, bei welchen ich durch Übertragung von Zosterbläscheninhalt papulo-vesikulöse, histologisch charakteristische lokale Impfreaktionen erzielt habe. Der Nachweis der Verimpfbarkeit des Zosterbläscheninhaltes auf Menschen (*Kundratitz*) und der Spezifität der Reaktionen *(Lipschütz)* ist erst vor wenigen Jahren erstmalig geführt worden. Seit der Arbeit von *Kundratitz* nahm man aber an, daß nur Säuglinge und Kleinkinder, welche weder Zoster noch Varizellen gehabt hatten, *bis zum 5. Lebensjahr* für die Impfung geeignet seien. In diesem Sinne sprachen auch die seither stets völlig negativ verlaufenen, an Erwachsenen oder älteren Kindern vorgenommenen Impfversuche (*Lipschütz, Lehner, M. Bloch, Sicard* und *Paraf* u. a.). *Lauda* und *Stöhr, Siegl, Kumer,* welche die *Kundratitz*schen Befunde an Kindern nachprüften, beobachteten in einigen Fällen generalisierte, klinisch von Varizellen nicht zu trennende Exantheme, wie sie auch *Kundratitz* beschreibt, jedoch keine Lokalreaktionen. Ich selbst habe in letzter Zeit zunächst fünf Säuglinge und Kleinkinder nach den Angaben von *Kundratitz* mit Zosterbläscheninhalt von fünf verschiedenen Fällen ohne Resultat geimpft. Als dann vor kurzem die Mitteilung von *van Driel* (M. med. W. 1927, S. 1541) erschien, welcher am 12. Tage nach Zosterimpfung bei einem 22 jährigen jungen Manne Varizellen auftreten sah, ging ich dazu über, auch Erwachsene in die Untersuchungen miteinzubeziehen. Gleich der zweite Fall, welchen ich auf Erwachsene bzw. ein 11 jähriges Kind übertrug (der siebente der ganzen Reihe), ergab das Resultat, welches ich Ihnen heute demonstrieren möchte. Das Bläschenmaterial entnahm ich einer 52 jährigen Patientin mit absolut charakteristischem Zoster im Gebiet der XII. rechtsseitigen Thorakalwurzel aus einem als *Nachschub* entstandenen, etwa 2 Tage alten Herd (die übrigen Bläschengruppen waren schon vor 4 Tagen entstanden). Der Bläscheninhalt war ganz klar und blieb etwa 1½ Stunden in steriler Kapillare bei Zimmertemperatur bis zu der im Nebengebäude erfolgenden Verimpfung liegen. Zwei der Erwachsenen gaben an, als Kind Varizellen gehabt zu haben, im dritten Fall wurde dies verneint, bei dem 11 jährigen Kind waren die Angaben unsicher, eher negativ. Letzteres war wegen Lues congenita mit Schmierkur behandelt worden, die Erwachsenen (17, 21 und 26 jährige Frauen) befanden sich wegen Gonorrhöe bzw. Adnexerkrankung in der Klinik. Während der Beobachtungszeit wurde die Behandlung ausgesetzt. Die Impfung erfolgte intrakutan mit je einem etwa 12 cm langen, nicht blutenden Impfstrich. Bei allen vier Patienten kam es um den 5.—6. Tag nach der Impfung zu umschriebener Rötung, woraus sich dann rasch Papeln von etwa Linsengröße entwickelten. Es wurde vermerkt: Fall 1: „Papel am unteren Ende des Impfstriches", Fall 2: zwei Papeln inmitten des Impfstriches in 3 cm Entfernung voneinander, Fall 3: „Papel zirka ½ cm seitlich vom unteren Ende des Impfstriches", Fall 4 (Kind): „Inmitten des Impfstriches vier Papeln, davon eine isoliert, die anderen perlschnurartig hintereinander; an letztere anschließend drei bis vier weitere konfluierende Papeln seitlich vom Impfstrich; ein isoliertes, hanfkorngroßes Element 3 cm weit davon entfernt". In allen Fällen zeigte sich um die Papel herum eine hellrote Area, besonders deutlich bei dem Kind. Am 9.—10. Tag nach der Impfung waren die Papeln bei diesem und einer Erwachsenen gelblich durchscheinend geworden und zu

Digitized by Google

Bläschen umgewandelt, deren Inhalt jedoch nicht dünnflüssig, sondern geronnen war. Die Blasendecke sank weiterhin ein, so daß die Elemente typisch gedellt aussahen. In diesem Stadium wurden in zwei Fällen die Effloreszenzen exzidiert und histologisch verarbeitet (Fixation: *Helly*). Eines der bei dem Kinde exzidierten Bläschen wurde, zu Brei verrieben, auf eine Kaninchenkornea übertragen, ohne irgendeine Reaktion zur Folge zu haben. Histologisch waren die Veränderungen für Zoster (bzw. die Herpesgruppe) absolut charakteristisch. Bei dem Kinde waren auch „Zosterkörperchen" in einigen amitotisch geteilten Epithelzellen und einzelnen geschwellten Bindegewebszellen nachweisbar. Die Effloreszenzen trockneten in den folgenden Tagen ein, um dann bald ganz zu verschwinden und ohne zu irgendwelchen Allgemeinerscheinungen geführt zu haben. Nebenbei sei erwähnt, daß eine der Patientinnen mit dem Auftreten der Impfreaktion über einen „ziehenden Schmerz im Arm" geklagt hat.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß es mir erstens gelungen ist, das Auftreten der *Kundratitz*schen Lokalreaktion nach Zosterverimpfung zu bestätigen, daß zweitens die Lokalreaktion nicht nur, wie *Kundratitz* angibt, bei Kindern bis zum 5. Lebensjahr auftreten kann, sondern auch bei älteren Kindern und Erwachsenen, bei letzteren unabhängig davon, ob in der Anamnese Varizellen angegeben werden oder nicht, und daß drittens die Inkubationszeit in diesen Fällen nur 5—6 Tage betragen hat, während sie *Kundratitz* für Säuglinge und Kleinkinder mit durchschnittlich 9—12 Tagen angibt. Da die Anwesenheit des Herpeserregers in einem der Impfbläschen durch den negativen Ausfall des Kornealversuches mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, sind die Impfreaktionen als der Ausdruck eines vom Herpeserreger verschiedenen, vom *Zoster* herrührenden infektiösen Stoffes zu deuten.

Ob die Unterschiede der Inkubationszeit zwischen den Versuchen von *Kundratitz* und meinen Beobachtungen auf Allergie beruhen oder ob es sich um Virulenzschwankungen, bedingt durch Art oder Herkunft des Ausgangsmaterials, handelt, bedarf weiterer Untersuchungen. Zur Erklärung der Tatsache, daß in meinen Fällen, im Gegensatz zu allen früheren Versuchen, an Erwachsenen und älteren Kindern eine positive Impfreaktion zu beobachten war, ist der Umstand, daß die Impflinge an Lues congenita bzw. chronischer Gonorrhöe litten, wodurch möglicherweise das Haften der Infektion erleichtert wurde, nicht ganz von der Hand zu weisen (vgl. Klin. Wschr. 28. S. 980).

Aussprache:

Herr *Buschke:* Wäre es nicht möglich, daß — selbst wenn der Herpes zoster infektiöser Natur ist — die Impfung von Hauteffloreszenzen negativ verläuft, weil das Kontagium nicht immer in der Haut, sondern im Zentralnervensystem (ev. Intervertetralganglien) lokalisiert ist?

Herr *Freund:* Mit dem Nachweis eines spezifischen infektiösen Stoffes ist die Pathogenese noch keineswegs geklärt, Ich habe den Eindruck, daß bei nicht mehr ganz frischen Zosteren als Nachschub auftretende Bläschengruppen für die Verimpfung besonders geeignet sind. Schon *Lauda* und *Stöhr* ist dieser Umstand aufgefallen, und ich selbst habe unter zahlreichen, auf die Kaninchenkornea überimpften Zosteren ein einziges, sicher positives Ergebnis zu verzeichnen gehabt, als ich bei einem seit 12 Tagen bestehenden Fall einen erst 2—3 Tage alten Herd verimpfte, während die von Anfang an vorhandenen, noch prall gespannten Effloreszenzen ein völlig negatives Resultat ergaben.

Digitized by Google

Auch bei dem Ausgangsfall der demonstrierten Impfreaktionen habe ich, wie ich nochmals hervorheben möchte, Bläscheninhalt von einem als Nachschub entstandenen Herd verarbeitet.

3. Herr *Buschke* stellt vor:

a) Eine 21 Jahre alte Frau, welche auf der Basis von Lues congenita tarda gummöse Ulzerationen an beiden Unterschenkeln aufweist.

b) Einen 36 Jahre alten Mann, der neben einer Psoriasis eine Acrodermatitis chronica atrophicans beider Ober- und Unterschenkel und Fußrücken hat. Der Prozeß ist abgelaufen. Irgendwelche nervöse Symptome bestehen nicht.

c) Den schon in einer früheren Sitzung gezeigten 60 Jahre alten Mann, welcher ein großes Röntgenulkus mit einem Granulationstumor der linken Wange hatte. Unter Detoxinbehandlung ist jetzt das Ulkus völlig geheilt. Der Granulationstumor, welcher nach Abtragung sich wieder neu gebildet hatte, verkleinerte sich durch die Narbenschrumpfung des heilenden Ulkus und die dadurch erfolgende Verödung seiner Gefäße.

d) Eine 52 Jahre alte Frau, welche eine ausgedehnte Melanodermie des Gesichts, der Hände und Vorderarme und des Halses und mittleren Brustpartie hat, die sich bei ihrer Beschäftigung in einer Telephonfabrik — wie sie angibt — dadurch gebildet hat, daß Staub und Flüssigkeit der chemischen Substanzen, mit denen sie beschäftigt ist, gegen die Haut spritzen. Mehrere andere Arbeiterinnen sollen ähnliche, wenn auch weniger ausgedehnte Pigmentierungen zeigen. Die Natur der schädigenden Substanzen ließ sich bisher nicht feststellen. Histologisch fand sich bisher das Pigment nur in den Chromatophoren.

e) Einen 11 Jahre alten Knaben mit maligner Alopecia areata des Kopfes, die auf Thyreodinbehandlung Heilungstendenz geringen Grades zeigt. *B.* erinnert an einen analogen Fall, den er in einer früheren Sitzung demonstrierte.

4. Herr *Heller: Familiäre Nageltrychophytie.* (Erscheint ausführlich in dieser Zeitschrift.)

5. Herr *Chajes: Multiple neurotische Hautgangrän. des linken Unterarms.*

30. Juli 1916. Schußverletzung durch Granatsplitter, Einschuß auf der Dorsalseite, Steckschuß. Entfernung des Splitters durch Operation. Seit damals besteht eine Ulnarislähmung (dritter bis fünfter Finger). Im darauffolgenden Herbst zum ersten Male Auftreten von Geschwürsbildungen mit eiternden, gangränösen Fistelöffnungen auf der Dorsal- und Volarseite des Unterarms, stärker ausgebildet auf der Dorsalseite, die sich nach zirka einem halben Jahr von allein ohne jede Therapie wieder schlossen.

Befund: Lähmung des dritten bis fünften Fingers der l. Hand. Auf beiden Seiten des Unterarms, besonders auf der Dorsalseite, zahlreiche, mit Schorf bedeckte Fistelöffnungen. Das Röntgenbild zeigt bis auf periostitische Auflagerungen keinen Befund.

Nach zwei Röntgenoberflächenbestrahlungen im Abstand von 2 Wochen, je ½ E. D. mit 3 mm. Aluminiumfilter und Behandlung mit Schwarzsalbe, völlige Heilung.

Als Differentialdiagnose käme noch ein Artefakt in Frage. Dagegen spricht die Tatsache, daß der Patient seinen Dienst als Eisenbahnbeamter versieht. Das ist auch der Grund, weshalb ein Okklusiv-Gipsverband zur Erhärtung der Diagnose nicht angelegt werden konnte.

Digitized by Google

Aussprache:

Herr *Winkler.*

Herr *Buschke:* Auf Grund meiner sonstigen diesbezüglichen Erfahrungen möchte ich doch erwägen, ob hier nicht doch artefizielle Schädigungen in Betracht kommen (zu Urlaubszwecken), wenngleich ich die Möglichkeit eines Zoster hystericus nicht bestreiten will.

Herr *Richter.*

Herr *Chajes* (Schlußwort).

6. Herr *F. Pinkus: Generalisierte Xanthome.*

7. Herr *Franz Rosenthal: Acrodermatitis atrophicans.*

Eine 62jährige Frau erkrankte vor 10 Jahren mit Akrozyanose der Hände und Füße. Erst in den letzten 5 Jahren kam es zu sklerodermieartigen Einlagerungen, die strangförmig bis zu den Ellenbogen und den Oberschenkeln hinaufreichen. An Händen und Unterschenkeln finden sich die Sklerodermien als zusammenhängende Massen, die durch ihre Starre die Bewegung verhindern. Nach einer vor 4 Jahren vorgenommenen periarteriellen Sympathektomie (Prof. *Bier*) haben sich die Erscheinungen nicht gebessert und sich sogar auf der operierten Seite an Ferse und Unterschenkel tiefgehende Geschwüre eingestellt. Entzündliche Herde in teilweise serpiginöser Figuration finden sich an den Knien, besonders harte, fast hühnereigroße Drüsen an den Leisten. Hautatrophien sind weniger an den Füßen, als an Händen und Unterarmen deutlich.

8. Herr *W. Fischer.*

Fall von *lamellöser Trichophytie der Handteller* mit Beteiligung der *Nägel.* Das Leiden besteht seit etwa 10 Jahren, die Nägel erkrankten zuerst vor 5 Jahren. Es handelt sich um eine trockene, mit bisher Hautverdickung einhergehende, am Rande leicht schuppende Form. Die Nägel, die bei diesen abgeschwächten Formen sehr selten befallen werden, zeigen die sonst nur bei Psoriasis und manchen trockenen Ekzemen sich entwickelnde Tüpfelung der Oberfläche; daneben bestehen Auflockerungen an den Rändern. An einzelnen Nägeln ist auf die sonst übliche, meist erfolglose Therapie Heilung eingetreten. Kultureller Nachweis aus Schuppen und Nägeln: Kaufmann-Wolfscher Pilz. Behandlung mit erweichenden Salben wie Salizyldiachylon und Jodtinktur. Auch der Gerlachsche Präservativkreme, der bei Dyshydrose der Füße zur Anwendung kommt, tat bisher gute Dienste.

9. Herr *Joseph: Demonstration von Präparaten von Chromoblastomycosis tropica* (Fall auf Kuba).

10. Herr *Alfred Cohn: Demonstration von Gonokokkenkulturen.*

Sitzung am 13. März 1928.

Vorsitzender: Herr *Arndt.* Schriftführer: Herr *Ledermann.*

Herr *Arnsdorf* (als Gast): *Pityriasis rubra pilaris (Devergie).*

Kind Hans G., 10 Jahre alt. Familienanamnese o. B. Pat. als kleines Kind Masern, Keuchhusten und Pleuritis. Damals Lunge o. B.

Vor fast 4 Wochen erkrankt Patient an den Händen und im Gesicht mit einer akuten diffusen Rötung und Schwellung; daselbst starkes Hitzegefühl. Am 5. Tag der Erkrankung erscheint Pat. bei mir. Handrücken und Hohlhand

Digitized by Google

an beiden Händen und die Umgebung beider Augen sind stark gerötet, geschwollen, Hitzegefühl. Kein Brennen, keine Blasen, kein Nässen, kein Jucken. 3 Tage später hat die blaurote Farbe an Gesicht und Händen nachgelassen, Farbe jetzt gelblichbraun. Am Rande kleienförmige Schuppung. Im Nacken, den übrigen Gesichtspartien, an beiden Unterarmen, Füßen und Beinen erscheinen neue blaßrote Eruptionen von Hanfkorn- bis Zehnpfennigstückgröße, stark infiltriert und erhaben. 14 Tage nach der Erkrankung treten am Rumpf hirsekorn- bis linsengroße Eruptionen von blauroter Farbe auf. Jetzt ist die Infiltration geschwunden. Die Eruptionen haben eine gelbliche braune Farbe. Auffallend ist die streng symmetrische Anordnung am ganzen Körper und der lineare Verlauf an Armen und Beinen. Hände und Füße zeigen noch eine starke Hyperkeratose, die großfeldrig geplatzt ist. An den übrigen Körperteilen herrscht eine kleienförmige Schuppung vor. Die hirsekorngroßen stumpfen Hornkegel am Rumpf lassen sich jetzt glatt abheben. Darunter ist keine Vertiefung, sondern ebenes, normales Hautniveau.

Blutstatus: o. B., geringe Verminderung der Lymphozyten, geringe Vermehrung der Segmentkernigen. Leistendrüsen und Achselhöhlendrüsen sind palpabel, nicht schmerzhaft.

Röntgendurchleuchtung der Lunge o. B.

Hilusdrüsen induriert, kein frischer Prozeß.

Gottron (Universitäts-Hautklinik).

16jähriger Patient mit psoriasiformen Seborrhoid, das teilweise unter Hinterlassung eines Leukoderms zur Abheilung kommt.

Das Exanthem soll seit mehreren Wochen in Entwicklung sein.

Gottron (Universitäts-Hautklinik): 30jähriger Patient. *Extragenitales Ulcus molle.* (Streckseite des rechten Zeigefingers.)

Vor etwa fünf Wochen Rißverletzung. Im Anschluß daran Infektion mit Streptobazillen bei wiederholter Berührung weiblicher Genitalien. Entwicklung eines Ulkus an der alten Rißstelle. Etwa 10 Tage später an Hand und Unterarm Auftreten roter Stränge, die erweichten (Bubonuli). In einem der Ulzera Streptobazillen positiv.

Gottron (Universitäts-Hautklinik): 57jährige Kranke mit *Brocq*scher Krankheit.

Diese besteht seit etwa 2 Jahren, sie ist ausschließlich an den Extremitäten lokalisiert, insbesondere an den oberen, Beuge- wie Streckseiten sind ergriffen.

Vorhanden sind rundliche und regelmäßig bandförmige, blaß-rötliche bzw. mehr gelbbraune scharf begrenzte Flecke, in deren Bereich die Oberhaut hier und da eine geringe Schuppung aufweist.

Gottron (Universitäts-Hautklinik): *Lupus erythematodes und papulonekrotisches Tuberkulid bei einem 33jährigen Manne.*

Familienanamnese für Tbc negativ.

Persönlich angeblich niemals lungenkrank gewesen. Vor etwa 10 Jahren im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung Auftreten der Hautveränderungen an den Streckseiten beider Arme. Zur Zeit sind dort Närbchen sichtbar, wie sie nach Abheilen eines papulonekrotischen Tuberkulids zurückzubleiben pflegen. Auf dem Handrücken sind jetzt noch einige papulonekrotische Effloreszenzen vorhanden.

Digitized by Google

Vor einem Jahr im Anschluß an eine rheumatoide Erkrankung Beginn des Lupus erythematodes im Gesicht. Einzelne Krankheitsherde vergrößerten sich allmählich.

Pirquet: stark positiv, Wa.R. und Sachs-Georgi negativ.

An den Lungen klinisch und röntgenologisch keine Anzeichen einer Tbc feststellbar.

Herr *Arndt*. Krankenvorstellungen und mikroskopische Demonstrationen.

Aussprache:

Herr *Bruhns*.

Herr *Ledermann* fragt Herrn *Arndt*, wie er sich zu der von *Milian* im Jahre 1906 ausgesprochenen Ansicht verhält, daß die Pityriasis rubra pilaris tuberkulöser Natur sei. Nach *Darier* ist die Pityriasis rubra pilaris als ein follikuläres Tuberkulid zu betrachten, während *Jadassohns* Erfahrung gegen die Annahme der Beziehungen zur Tuberkulose spricht, eine Auffassung, die auch Redner teilt.

Herr *Arndt* lehnt einen Zusammenhang mit Tuberkulose ab.

Herr *Bruhns* (Krankenhaus Charlottenburg): *Vitiligo, entstanden im Anschluß an ausgebreitete Salvarsandermatitis.*

Patientin 1925—1926 von Facharzt wegen positiver WaR. (Infektion unbekannt) intensiv mit Bi. und Salvarsan behandelt. September 1926 mit ausgedehnter Salvarsandermatitis in das Charlottenburger Krankenhaus aufgenommen. Nach Abheilung der Dermatitis trat Vitiligo (vor der Dermatitis nach Angabe der Pat. bestimmt nicht vorhanden) auf, erst undeutlich, später immer schärfer sich abhebend, seit 1 Jahr noch deutlicher geworden. Man sieht gelbliche große depigmentierte unregelmäßige Flecken, zum großen Teil mit hyperpigmentierter Umgebung auf Rumpf und Armen. Provokation durch die Dermatitis bei schon vorhandener Anlage zu Vitiligo? Folge endokriner durch die Lues bedingter Veränderungen?

Herr *Bruhns* (Krankenhaus Charlottenburg): *Sklerodermie.*

54 jährige Pat., am 8. 11. 1927 hier als „Dermatitis reticularis atrophicans" vorgestellt. Damals wurde die Diagnose „Sklerodermie" abgelehnt, da nur der atrophische Zustand, keine Induration erkennbar, auch im mikroskopischen Präparat keine Zeichen für Sklerodermie vorhanden waren. Heute doch als Sklerodermie aufzufassen, da an den Armen, besonders links, Erscheinungen von „Lilac ring" sichtbar sind und stellenweise eine Infiltration der Haut deutlicher wird. Beginn vor 7 Jahren. Ungewöhnlich ist die atrophische, netzförmige Beschaffenheit der Haut am Rumpf, die der Poikilodermie sehr ähnlich sieht. An einigen Stellen Bild der Weißfleckenkrankheit. Grundumsatz um zehn erhöht, was noch in den Bereich der Fehlergrenzen fällt, also als normal anzusehen ist.

Herr *Bruhns* (Krankenhaus Charlottenburg): *Vorgeschrittene Tabes dorsalis mit Gaumenperforation.*

Infektion unbekannt. Gaumenerkrankung begann angeblich vor 3 Monaten, vielleicht etwas länger. Keine frühere Behandlung. Vernarbung der Perforation unter antisyphilitischer Behandlung.

Aussprache:

Herr *W. Fischer* bemerkt, daß ja auch sonst nach akuten Krankheiten mit schwerer Störung des körperlichen Allgemeinzustandes, wie z. B. nach

Digitized by Google

Scharlach und Typhus, Vitiligo sich entwickeln kann; in diesem Sinne könnte auch eine schwere Intoxikation, wie sie gelegentlich durch Salvarsan auftritt, ätiologische Bedeutung gewinnen. Nebenbei bemerkt nehmen ja manche Autoren eine Beziehung zwischen Syphilis und Vitiligo an.

Herr *Löhe:* 1. *Lichen ruber nach Salvarsan.* 22jähriges Mädchen, bei welchem nach der fünften Salvarsaninjektion an der Beugeseite beider Handgelenke typische Knötchen in gruppierter, zum Teil zirzinärer Anordnung auftraten.

2. *Keloide nach ulzeröser Syphilis.* 24jährige Pat., die vor 3 Jahren Ulzera auf Brust und Rücken bekam, die nicht spezifisch behandelt wurden. Da im Oktober 1927 die Wa.R. stark positiv war, wurde eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet (3,5 Casbis + 2,1 Neosalvarsan). Zur Zeit Papeln am Anus (Spir. pallida +), Wa.R. ++++, stark positiv. Partus vor 14 Tagen, Kind hat papulöses Syphilid. — Die Pat. weist auf Brust und Rücken zahlreiche meist gruppierte, blaugrau-rötliche, keloidartig veränderte Narben auf.

3. *Fall zur Diagnose:* 38jähriger Mann. Mutter an Ca, Vater an unbekannter Ursache gestorben. Keine Lungenerkrankungen in der Familie. 1910 an entzündlicher Phimose operiert, Wa.R. negativ. 1923 drei Geschwüre an den Beinen, die nach einem halben Jahr ohne Behandlung heilten, 1924 eine Stelle am linken Fuß, die im Eppendorfer Krankenhaus behandelt wurde. 1925 neue Herde am Gesäß, Behandlung im Krankenhaus St. Georg und in der Universitäts-Hautklinik Hamburg.

Jetzige Aufnahme in das Krankenhaus wegen Hautjuckens. Innere Organe o. B., Wa.R. negativ. Pirquet stark positiv. Zwei frische Herde, einer an der Beugeseite des linken Vorderarms, einer auf der rechten Schulter. Dieselben stellen sich dar als erbsengroße rote, das Niveau überragende Gebilde, die auf der Höhe eine kleine Erweichung aufweisen. Unmittelbar um dieselben herum finden sich Komedonen. Ober-Unterlippe, Unterkiefergegend, Gesäß, Oberschenkel, weniger Brust und Rücken zeigen sehr zahlreiche, unregelmäßig gestaltete, frische und ältere Narben, um welche und in welchen sich Komedonen finden.

Die zwei frischen Herde werden zur histologischen und tierexperimentellen Untersuchung exzidiert.

In zwei Präparaten (Demonstration), die ich der Liebenswürdigkeit von Herrn Prof. *Mulzer* (Hamburg) verdanke, finden sich keinerlei Anhaltspunkte für Lues oder Tuberkulose.

Aussprache:

Herr *Arndt.*

Herr *Löhe.*

Herr *Erich Langer* (derm. Abteilung Krankenhaus Britz):

1. 54jähriger Mann mit einem klein-apfelgroßen Primäraffekt der Oberlippe, Schwellung der regionären Drüsen, makulo-papulösem Exanthem am Stamm, ausgedehnter Corona veneris. Wahrscheinlich hat sich der Patient die Infektion durch gemeinsame Benutzung eines Trinkgefäßes bei der Arbeit zugezogen. Es erscheint gleichzeitig wichtig, darauf hinzuweisen, was auch *Löhe* in einer früheren Sitzung betont hat, daß im Vergleich zum vorigen Jahre die Zahl der Aufnahmen an frischer Lues in die Krankenhäuser stark im Steigen begriffen ist.

Interessant ist an dem vorgestellten Fall auch noch, daß die Erkrankung der Oberlippe, die bereits seit Weihnachten besteht, für ein Karzinom ge-

Digitized by Google

halten wurde, so daß der Patient eigentlich zur Operation in das Krankenhaus eingeliefert wurde, und daß die Spezifität der Erkrankung erst hier festgestellt werden konnte.

2. 43jähriger Patient mit ausgedehntem Lupus der Nase und der Ober- und Unterlippenschleimhaut; gleichzeitig bestehen mehrere erbsen- bis bohnengroße tuberkulöse Ulzera der Zunge. Die Lungen sind (auch röntgenologisch) frei von frischen tuberkulösen Erscheinungen; es fand sich nur eine stärkere Verschattung der Hilusdrüsen. Der Lupus wurde erst mittels Elektrokoagulation vorbehandelt und anschließend mit Pyotropin angegangen. Die Schleimhautaffektion wurde ebenfalls koaguliert und anschließend mit Milchsäure behandelt. Danach sehr prompte Abheilung.

3. Demonstration mehrerer Diapositive von Röntgenogrammen der Harnröhre. Neben der bisher geübten Technik werden die Aufnahmen neuerdings während der Injektion des Jodipins gemacht, das als Kontrastmittel benutzt wird. Es zeigt sich dabei, daß durch die Aufnahme während der Injektion die hintere Harnröhre gleichzeitig sehr gut dargestellt werden kann. Ferner zeigt gerade ein Bild durch den Vergleich der Aufnahme während und nach der Injektion des Jodipins, daß bei Mißbildungen der Harnröhre bei Anwendung der früheren Technik manches entgehen kann, was jetzt festgestellt wurde. So konnte das Urethrogramm eines Patienten mit einer hartnäckig rezidivierenden Gonorrhoe demonstriert werden. Es fanden sich neben der normal geformten Urethra ober- und unterhalb derselben je eine Paraurethra, die von dem vordersten Drittel der Harnröhre bis in die Pars bulbosa neben der Urethra verliefen und dort erst mündeten. Bei der Aufnahme nach der Injektion ließen sich diese Paraurethren nicht mehr darstellen, so daß daraus auf eine vollständige Verbindung, die auch im ersten Bilde darstellbar war, geschlossen werden kann. Es werden außerdem noch einige Diapositive von Harnröhrenmißbildungen, Strikturen, Darstellung von Prostataabszessen und Samenblasenfüllung gezeigt.

Aussprache:

Herr *Heller:*

Herr *Langer* hat sich nicht über die Genese des Ganges geäußert, der in seinem zweiten Fall durch die Kontrastflüssigkeit als parallel der Harnröhre verlaufender dünner Schlauch dargestellt wurde. Ich bin geneigt, in ihm eine zweite Harnröhre zu erblicken; einen ganz ähnlichen Fall habe ich vor einigen Dezennien beobachtend beschrieben. Man konnte eine dünne Sonde durch diesen Gang parallel zur Harnröhre bis weit unter die Symphyse einschieben. Die Tatsache, daß bei sexuellen Erregungszuständen eine schleimige Flüssigkeit aus diesem Gange ausgeschieden wurde, veranlaßte mich, an den verlagerten Ausführungsgang einer Cowperschen Drüse zu denken. Dieser Auffassung schloß sich *Waldeyer,* dem ich den Kranken demonstrierte, an. *Robert Meyer* hat jedoch diese Ansicht abgelehnt und diese Mißbildungen als doppelte Harnröhrenbildungen angesprochen.

Schlußwort: Herrn *Hellers* Frage kann wohl sicher dahin beantwortet werden, daß es sich in dem demonstrierten Bilde der beiden paraurethralen Gänge um angeborene Mißbildungen handelt.

Herr *E. Keining* (Universitäts-Hautklinik, Hamburg): *Ungewöhnlich ausgedehnte Lymphadenose der Haut bei lymphatischer Leukämie mit lymphatischen Infiltrationen in beiderseitigen Mammae.*

Digitized by Google

Bei der 61jährigen Pat. wurde vor 1¾ Jahren erstmalig eine lymphatische Leukämie festgestellt (Klinik: *Schottmüller*). Damals noch keine Hauterscheinungen. 3 Monate später trat quälender Juckreiz besonders am Stamm auf. Wenige Wochen später beobachtete die Pat. eine zunächst nur handflächengroße Rötung und Anschwellung der Haut an der linken Hüfte. Von hier aus zunächst langsame, später rapide Ausbreitung des Hautprozesses. Seit 3 Monaten ist die Pat. in Beobachtung der Hautklinik. Bei der ersten Untersuchung nahm die Hautveränderung den ganzen Rücken, Kreuz- und Gesäßgegend sowie beide Oberschenkel ein. Die diffus infiltrierte, Wülste bildende Haut besitzt braunrotes Kolorit und schuppt lamellös ab. Die Konsistenz der infiltrierten Haut ist teigig, die Oberflächenzeichnung ist verstrichen; das Lanugohaarkleid geschwunden. An den Rändern (Nacken, Schultern, seitlichen Rumpfpartien, Oberschenkeln) löst sich die diffuse Hautinfiltration in unscharf begrenzte teilweise isoliert stehende, etwa pfennigstückgroße, flachvorspringende papulöse Infiltrationen auf. Im Verlauf der letzten 8 Wochen breitete sich der Prozeß auf Schultern, Hals, Brust, Abdomen und die linke Gesichtshälfte aus (tumorartige Anschwellung von Wange und Ohrläppchen, spindelförmige Auftreibung der Nase). Seit 8 Tagen Übergreifen des Hautprozesses auch auf die rechte Wange und auf den behaarten Kopf (seitdem starker Haarausfall). Frei sind also nur noch die Arme und Unterschenkel geblieben. Seit einigen Wochen brettharte lymphatische Infiltration bd. Mammae. Universelle Drüsenschwellungen; 165000 Leukozyten; 88% Lymphozyten. Wa.R. —, Pirquet —; Urin: Sacch. —, Alb. —. Histologisch mächtige, rein lymphozytäre Infiltrationen in den mittleren und tiefen Kutisschichten.

Es handelt sich um einen ganz ungewöhnlichen Fall von Lymphadenosis cutis circumscripta, die sich rapide zu einer Lymphadenosis cutis universalis entwickelt. Das Zustandekommen einer universellen lymphatischen Infiltration der Haut aus einer zirkumskripten Lymphadenose wurde bisher nicht beobachtet. Von der infiltrativen lymphatischen Erythrodermie ist der hier vorliegende Hautprozeß verschieden. Die lymphatische Induration bd. Mammae wurde bisher nur in ganz vereinzelten Fällen gesehen.

Herr *W. Fischer: Arsenkeratose mit Ca-Bildung am Daumenballen.*

As-Pillenkur vor 24 Jahren wegen Psoriasis, darauf harte Haut an Handteller und Fußsohlen, später noch Arsen in Tropfenform. Allmählich Bildung von warzigen Stellen; seit ein paar Jahren Wucherung am Daumenballen.

Trotz wiederholter Röntgentiefenbestrahlungen bis jetzt weiteres Wachstum, klinisch ist der Tumor in letzter Zeit weicher geworden.

Herr *W. Fischer:* Herr 65 Jahre. *Tumor den Wangenschleimhaut rechts (Epitheliom).*

Kind (Mädchen), 6 Jahre. Leucoderma psoriaticum an Armen und Beinen. Daneben auf dem Rücken in einem Gebiete stärkerer Pigmentierung bis linsengroße, zahlreiche, dichtgedrängte, pigmentlose, scharfbegrenzte Flecke. Der Vater des Mädchens hat eine typische Vitiligo.

Herr *Blumenthal* (Universitäts-Hautklinik): 38jähriger Patient mit *Xanthoma diabeticum.*

Seit Sommer 1927 Ausschlag an den Ellenbogen. Früher nie ernstlich krank. Seit Jahren starkes Durstgefühl. Trinkt 3—4 l Wasser pro Tag.

Status: Befallen Streckseiten der Arme, Ellenbogen. Umgebung der hinteren Achselfalten, Nabel, Knie. Vereinzelt disseminierte Herde an Rücken und seitlichen Rumpfpartien. Ferner große Zehen, Nacken: Miliare bis linsen-

Digitized by Google

große, teils isoliert stehende, teils in Gruppen angeordnete bzw. dicht aneinandergelagerte, gelbliche, derbe, leicht druckschmerzhafte Knötchen, zum Teil mit gespannter, verdünnter, hier und da mit feinen Gefäßreisern durchsetzter Epidermis. Die Knötchen sind eingefaßt von einem mehr oder minder ausgesprochen bläulich-roten Hof, der nur bei den jüngsten Herden vermißt wird. Die Knoten liegen in der Hauptsache in den mittleren Schichten der Kutis. Die Hautfelderung ist erhalten.

Daneben Narbenbildungen an Stelle von — aus therapeutischen Gründen mit Salpetersäure verätzten — Knötchen.

Sach. positiv.

Histologisch typisches Xanthoma diabeticum.

Aussprache:

Herr *Arndt.*

Herr *W. Fischer:* In dem von Herrn *Blumenthal* vorgestellten Falle von Xanthoma diabeticum ist der Versuch gemacht worden, die einzelnen Efloreszenzen durch Hochfrequenz zu zerstören. Diese Methode scheint mir nicht sehr zweckmäßig, da einmal häufig die Affektion unter diastatischen Maßnahmen, die den Zucker herabmindern, verschwindet oder in der Umgebung der ausgebrannten Stellen neue xanthomatöse Ablagerungen auftreten.

Herr *Blumenthal* (Schlußwort).

Kölner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. Januar 1928.

Laun: Sarkome.

Seit 3/4 Jahren leidet die Patientin an Knotenbildungen in der Haut. An den Armen gut abgrenzbare, derbe bis hühnereigroße Knoten, die auf Röntgenbestrahlung zwar zurückgingen, aber bald rezidivierten. Histologische Untersuchung ergibt Sarkom.

Berger: Pikrinsäureekzem.

Zu Maskierungszwecken färbte sich der Patient die Hände mit aufgelöstem Sprengstoff gelb. Am anderen Tag tritt ein vesikulöses Ekzem auf.

Birkner: Acne conglobata.

Zahlreiche Knoten und schlaffe Abszesse auf der Stirn, wenig Komedonen. Gesicht und Körper sonst frei. Therapie bisher vergeblich. *Zurhelle* sah auch bei normalen Blutzuckerwerten Insulinbehandlung zum Ziele führen.

Seligmann: Angioma cavernosum penis.

Der größere Teil der Eichel ist befallen.

Lebenstein: Erythema induratum.

Schmerzhafte hell- und dunkelrote Knotenbildungen. *Bruck* nimmt Erythema nodosum, *Meirowsky* pyogene Erkrankung an.

Birkner: Verätzungen.

Torpide Ulzera bei schwerer Hysterika. Ätzmittel nicht bekannt. *Berger* sah solch schwere Verätzung nach Anwendung kaustischer Soda, *Seligmann* glaubt, daß vor der Verwendung des Mittels die Haut mechanisch alteriert wurde.

Berger: Lues oder Sarkoid Boeck?

Der früher gezeigte Fall ist in einem paralytischen Anfall gestorben.

Digitized by Google

Dreyer: Adenoma hidroadenoides (Pick).

Erhabener Nävus der Kreuzbeingegend. Epithelzellensäulen im Korium.

Dreyer: Lues secundaria framboesiformis.

Überhäutete frambösiforme Wucherungen an Nase, Kinn und Brust. Anamnestisch liegt Skrofulose vor.

Dreyer: Psoriasis mucosae oris.

Schuppenflechte seit 10 Jahren nie ganz ausgeheilt. Hinter linkem Molaren kleine Knötchen neben einer weißlichen Epitheltrübung. Histologisch zeigt die exzidierte Schleimhaut Verdickung des Epithels, starke Verhornung und Parakeratose.

Dreyer: Carcinoma penis.

Die ganze Eichel ist befallen. Plattenepithelkrebs.

Dreyer: Acne decalvans (Lailler).

Narbenbildender Ausschlag auf dem Kopf in der Jugend. Jetzt findet man leicht gerötete Narben mit nur vereinzelten Haaren. An der Stirnhaargrenze Knötchen, die mit Atrophie abheilen. Übergang zwischen Acne decalvans und Pseudopelade.

Dreyer: Dermatitis durch Oleum bardani.

Klettenwurzelöl führte hier nach jahrelangem Gebrauch zur Dermatitis.

Dreyer: Morbus Bowen.

Herd auf der rechten Wange.

Dreyer: Psoriasis mucosae oris.

An den Wangen lineare Epitheltrübung mit eingestreuten feinen Knötchen. Parakeratose und Epithelverdickung.

Aus der Universitätshautklinik.

Krantz: Lupus erythematodes.

Zwei Herde auf der Stirn und Kopfhaut mit psoriasisähnlicher Schuppenbildung. Haarverlust. Das histologische Bild spricht für Erythematodes. *Meirowsky* und *Dreyer* glauben an atypische Psoriasis.

Krantz: Lupus vulgaris.

Ursprünglich Nasenulkus. Auf Tuberkulin Herdreaktion und Entwicklung von Lupusknötchen.

Bruck (Vortrag): Die ambulante Lumbalpunktion.

Besprechung der verschiedenen Ansichten über die Entstehung des Meningismus. Die verhältnismäßig selteneren und meist geringeren Beschwerden, die nach Punktionen mit dünnen Nadeln (Doppelnadeln nach *Hoyt, Antoni,* Einfachnadel nach *Krabbe* auftreten, haben dazu geführt, daß die Punktion ambulant durchgeführt werden kann. Vortragender demonstriert eine nach eigenen Angaben hergestellte Doppelnadel, von der er glaubt, daß sie eine Verbesserungen der bisherigen Nadeltypen darstellt. (Lieferant: Eschbaum, Köln, Schildergasse 85.) Bei dreißig ambulanten Lumbalpunktionen außer fraglichen und nur leichten Nachpunktionsbeschwerden nur ein schwererer Fall von Meningismus bei einer hochgradig hysterischen Patientin.

Sitzung vom 2. März 1927.

Berger: Chylurie.

Urin eines Gonorrhöikers bleibt unklar. Keine Komplikationen. Der Kranke war 6 Jahre in den Tropen. Die bestehende Filariosis war dem Patienten unbekannt geblieben.

Digitized by Google

Dreyer: Neurodermitis.

Neben Herden an den Ellenbeugen ist der Hals in Streifenform befallen.

Dreyer: Haemangioma venosum.

Die tiefliegenden Herde sind unter Radiumbestrahlung zum Teil bereits zurückgegangen.

Dreyer: Ekzema cruris et ani.

Ursache scheint eine allgemeine Toxikose zu sein.

Zinsser: Ungewöhnliche Komedonenbildung.

In feinen Narben des Gesichts und Halses sieht man zahlreiche Komedonen. *Meirowsky* hält einen Nävus für möglich, *Salomon* sah ähnliche Bildungen in Zosternarben.

Sitzung vom 30. März.

Berger: Tumoren nach Salizylquecksilberinjektionen.

Auf beiden Nates abgrenzbare Knoten neben Einziehungen der Haut. Entwicklung von Gummen aus solchen Knoten schon beobachtet. *Falkenstein* glaubt, daß es sich um Paraffinome handelt.

Berger: Periostitis luica.

Bei jetzt negativer Wa.R. hat sich bei dem Kranken eine Bewegungsbehinderung entwickelt, die sich durch das Röntgenbild auf eine luetische Periostitis zurückführen läßt.

Berger: Acne frontis.

Die Stirn ist allein befallen mit vielen Knoten, Abszessen und Narben. *Zinsser* empfiehlt Afridolseife und 10% gelbe Quecksilbersalbe, *Roscher* Testoganinjektionen.

Berger: Parapsoriasis.

Auftreten vor 3 Jahren. Jetzt zahlreiche Flecken, die leicht jucken und schuppen. *Dreyer* macht auf die kleinen Blutungen aufmerksam, die für die Diagnose geradezu typisch seien.

Berger: Morbus Raynaud.

Die Asphyxie begann vor 3 Wochen, die Gangrän vor 1 Woche. Fingerenden kalt und blutleer, an einzelnen Stellen gangränös.

Aus der Universitätshautklinik.

Zinsser: Dermatitis herpetiformis, gebessert durch Salvarsan.

Überraschende Besserung der Affektion auf Salvarsan, obgleich Lues nicht vorlag.

Zinsser: Lupus follicularis disseminatus.

Beginn vor 2 Monaten mit Auftreten von scharf abgesetzten, roten, halbkugeligen Knötchen, am meisten an Mund, Nase und Kinn. Auf Glasdruck Infiltrat sichtbar, bei Abkratzen eine gelatinöse Masse. Auf Zunge Knötchen. Wa.R., Pirquet: negativ. Histologisch Granulationsgewebe mit vereinzelten Riesenzellen. Tuberkelbazillen und Spirochäten nicht nachweisbar, auch nicht andere Pilze. Es bleibt nur die Annahme einer Tuberkulose übrig.

Zinsser: Lues papulosa bei Ichthyotiker.

Auf den Papeln mächtige Hornauflagerungen.

Zinsser: Leucoderma psoriaticum.

Nach Abheilung der Herde sichtbar.

Digitized by Google

Zinsser: Psoriasis. Verschlimmerung auf Quarzlicht.

Auf den bestrahlten Partien entsteht eine nässende Dermatitis, während sonst eine günstige Einwirkung meist erzielt wird. *Berger* sah von Vigantol gute Beeinflussung. (3—5mal tägl. 5 Tropfen oder 1 Dragee.) *Meirowsky* betont, daß therapeutische Erfolge nur bei der chronischen Form einige Beweiskraft hätten.

Müller: Ulceri antibrachii.

Fraktur auf einen Hammerschlag auf den Arm vor 4 Jahren, die schlecht verheilt ist. Jetzt auf dem Unterarm nekrotische Schorfe, unter denen tiefe, schlecht granulierte Ulzera sitzen. Artefakte wahrscheinlich.

Krantz: Purpura der Unterschenkel.

Varizen. Ausgedehnte schwarzrote Herde über den Unterschenkel verstreut.

Fischer (Vortrag): *Ergebnisse experimenteller Untersuchungen zur Erzeugung von Hautkarzinomen.*

Fortsetzung der Versuche von Subkutaninjektion, Verfütterung und Klysma eines bei 360° siedenden Teerdestillats. Versuchstiere waren weiße Mäuse. Veränderungen der Haut wurden schon früher vom Vortragenden beschrieben: Haarausfall, Schwund der hellen Drüsenzellen, Hornpfropfbildung, Follikelepithelwucherung. Der Teer entfaltet eine Allgemeinwirkung ohne Rücksicht auf die Art der Applikation. *(Lipschütz, Mertens, Puhr, Möller, Buschke* und *Langer.)* Da der Teer viele chemische Substanzen enthält, untersuchte Vortr. die Ausscheidungsverhältnisse anderer Stoffe. Ausscheidung durch die Hautdrüsen ist bei Jod, Brom, Bor, Salizylsäure, Antipyrin, Methylenblau, Arsen u. a. festgestellt. Dasselbe gilt von den körpereigenen Stoffwechselprodukten: Harnstoff, Harnsäure, Indikan, Azeton, Kreatinin und Cholin. Subkutane und rektale Einführung von Thallium, Jod und Anilinblau führte Vortr. aus, und konnte die Stoffe in Harn, Kot, Galle, Milch, Tränenflüssigkeit, Konjunktivalsekret, Mundsekret, Trachealschleim, Magensekret und der Perikardialflüssigkeit, wie *Marmé* es bei Thallium schon getan hatte, nachweisen. Bei subkutaner Zufuhr von Anilinblau wurden die genannten Sekrete stark blau gefärbt, ebenso die zugehörigen Schleimhäute, wogegen die Haut selbst frei blieb. An den Stellen der Ausscheidung sieht man aber Veränderungen, die Vortr. auf die Wirkung der ausgeschiedenen Substanz zurückführt: bei Thallium Papillombildung im Magen, bei Anilinblau Entzündungsherde an den Bronchien, bei Scharlachrot Veränderungen follikulärer Art an der Haut, bei Teer dort gleichartige Veränderungen, wo er ausgeschieden wurde, Hyperkeratose der Haut und Papillombildung im Magen, wie *Buschke* und *Langer*, wobei die Art der Teerapplikation, Klysma, Injektion oder Verfütterung, gleichgültig war. An Lungenveränderungen fand Vortr. bei allen Applikationsarten des Teers Entzündungsherde an den Bronchien mit sekundären Veränderungen der Bronchialwand. Hypertrophie und Hypersekretion zuerst, dann atrophische Veränderung des Epithels mit Dünnerwerden der Bronchialwand und Ausbuchtung derselben mit Sekretansammlung und Fremdkörperaspiration. Außerdem Bildung epithelialer Tumoren in der Lunge. Auch hier glaubt der Vortr. eine Ausscheidungserkrankung annehmen zu müssen, analog der Anilinblauausscheidung durch die Bronchien, zumal auch Teerpartikelchen sich in Leukozyten des Bronchialexsudats nachweisen ließen. Er deutet die Möglichkeit der Entstehung chronischer Erkrankungen des Respirationstraktus durch Ausscheidung der verursachenden Substanz an.

Digitized by Google

An der Haut der Teerfuttermäuse und der Teerklystiermäuse tritt Haarausfall ein, der sich wiederholt; erstere bleiben meist haararm; bei ihnen treten nach 6 Monaten benigne Follikuloepitheliome auf, die sich zirka 3 Monate lang vergrößern und vermehren. Nach dieser Zeit tritt Schorfbildung auf, der Tumor sinkt ein, und es bildet sich an ihm ein wallartiger Rand. Histologisch zeigt sich der ganze Tumor homogenisiert, und die unteren Schichten zeigen atypisches Wachstum, wobei der Hautmuskel durchdrungen wird. Ähnliche Verhältnisse fanden sich bei den Teerklistiermäusen. Die Tatsachen, daß es gelang, vom Darm aus an der Haut Karzinome zu erzeugen, haben eine große Bedeutung für die Krebspathogenese auch beim Menschen. Vortr. denkt hier an die Resorption von Stoffwechselprodukten vom Darm aus, und erinnert an Versuche von *Stöber* und *Wacker*, die mit Injektion von Indol und Skatol kankroidartige Wucherungen am Kaninchenohr erzeugten, und die von *Carrel*, der in der Kultur durch Zusatz von etwas Indol Tumorzellen erzielte.

Haarausfall, Follikuloepitheliom- und Karzinombildung sind Reaktionen zwischen Haut und einem Stoff, der von innen her, durch die Vermittlung der Hautdrüsen, in das Epithel gelangt, wobei er die Wirkung des Stoffes sich nach der Dauer der Einwirkung richtet. Das Karzinom ist also eine Gewebsreaktion, die auf die verschiedensten Reize hin zustande kommt, wobei der Reaktionsfähigkeit des betreffenden Organs eine entscheidende Bedeutung zukommt. Histologische Demonstrationen bestätigten die Untersuchungen des Vortragenden.

Sitzung vom 25. Mai 1925.

Berger: Psoriasis.

Der Kranke hat mehrfach Ausbrüche einer universellen Psoriasis durchgemacht. Vor 6 Monaten Neuausbruch, dem in den folgenden 3 Monaten eine Erythrodermie folgte. Jetzt bestehen noch Restherde der Psoriasis und Reste der universellen Hautentzündung. An den Fingernägeln Veränderungen, die ein treues Abbild der Vorgänge auf der Haut liefern. Drei Fünftel des Nagels sind frei von Veränderungen, dann kommt eine schmale Zone, in der der Nagel brüchig und graugelb verfärbt ist; vom Nagelwall aus schiebt sich jetzt die gesunde Nagelsubstanz wieder vor.

Dreyer: Gonorrhöe der angeborenen Penisfistel.

Gonorrhöe vor 3 Monaten, die in 6 Wochen abheilte. Seit 4 Wochen Gonorrhöe eines Ganges auf dem Penisrücken. Der Gang ist für ein Bougie von 20 Charrière 3 cm weit durchgängig, läßt sich aber mit einer Sonde bis unter die Symphyse verfolgen. Oft ist die Aussicht auf Abheilung schlecht wegen des Verlaufs dieser Gänge und ihrer Verzweigungen, die sich bei Kollargolinjektion bei der Röntgenaufnahme darstellen lassen.

Dreyer: Karzinom der Wange.

Entstehung durch Sturzwunde im Krieg. In den letzten 3 Jahren stärkeres Wachstum. Die 24 qcm große Wundfläche ist unter der Radiumbehandlung bisher schon auf 9 qcm zurückgegangen.

Dreyer: Bismogenolexanthem.

Nach 15 g Bismogenol fleckiges Exanthem auf dem ganzen Körper, das eine gewisse Ähnlichkeit mit einem seborrhöischen Ekzem darbietet.

Fritz Falkenstein (Köln).

Digitized by Google

Frühjahrstagung der Vereinigung rheinisch-westfälischer Dermatologen in Essen am 13. Mai 1928.

Gerstein (Witten): *Livedo racemosa* bei einem 18jährigen Mädchen, das September 1927 zunächst an einer starken flächenhaften Rötung beider Unterschenkel erkrankte, aus der sich die jetzt bestehende bräunlichrote netzförmige Zeichnung mit vereinzelten rundlichen flachen Knoten an den Kreuzungspunkten der Linien ausgebildet hat.

Aussprache: Falkenstein erinnert daran, daß sich *Ehrmann* stets dagegen verwahrt habe, alle Fälle einer Gefäßzeichnung seiner Livedo racemosa zuzuzählen; hier handele es sich um eine *Livedo reticularis Adamson*, welche nicht auf eine Endarteriitis obliterans zurückzuführen sei.

Bering (Essen): *Livedo racemosa* auf luischer Basis.

Gerstein (Witten): *Lupus erythematodes*, durch Neosilbersalvarsan deutlich beeinflußt.

Aussprache: E. Hoffmann macht auf die charakteristische Erkrankung des Unterlippenrots aufmerksam, die auch isoliert vorkommen könne. — *Ritter* weist auf die gute Wirkung der Goldpräparate hin.

Jacobs (Hautklinik Essen): *Aktinomykose*, die 1924 entstanden und chirurgisch mit wenig Erfolg vorbehandelt, auf Yatren und Röntgen innerhalb weniger Monate mit kosmetisch gutem Ergebnis ausgeheilt ist.

Aussprache: Leven bemerkt, daß reine Jodbehandlung, in schweren Fällen eventuell mit chirurgischen Eingriffen kombiniert, schon vor der Einführung der Röntgenstrahlen zur Ausheilung geführt habe.

Dreyer (Köln): *Fibroxanthom* in der Mittellinie des Nackens, seit vier Jahren entstanden und aus drei etwa fünfpfennigstückgroßen dunkelroten halbkugelig prominenten bis in die Subkutis reichenden Knoten bestehend. Histologisch älteres, in fibrillärer Umwandlung begriffenes Granulationsgewebe mit zahlreichen Riesenzellen, die z. T. dem *Langhans*typus gleichen, aber sich durch ein grobwabiges Protoplasma auszeichnen und bei Fettfärbung doppelbrechende Lipoide erkennen lassen.

Aussprache: E. Hoffmann macht auf die klinische Ähnlichkeit mit Dermatofibroma bzw. Dermatofibrosarcoma protuberans aufmerksam, bei dem sekundäre Xanthomisierung möglich ist[1]). — *Fz. Fischer* beobachtete bei zwei Fällen von Fibroxanthom mit sarkoider Entartung erhöhten Cholesterinspiegel im Blut.

Haas (Essen): 1. *Chloasma* bei einem 31jährigen Manne, seit 2 Jahren bestehend und in Schmetterlingsform Nase, Oberlippe und beide Wangen mit säulenförmigen Ausläufern nach den Jochbögen und den Mundwinkeln befallend. Ursache unbekannt, vielleicht durch Alteration des sympathischen Nervensystems bedingt.

Aussprache: Stühmer sah in letzter Zeit bei Frauen im 3. Lebensjahrzehnt symmetrische Pigmentierungen unbekannter Ätiologie auftreten; Gravidität lag nicht vor. Die Mütter von zwei Fällen haben angeblich im selben Alter die gleiche Affektion gehabt. — *Memmesheimer* weist darauf hin, daß bei diesen endogenen Pigmentierungen Störungen im Bindegewebsorgan eine wichtige Rolle spielen. — *Stern* erwähnt einen Fall von Pigmentierung nach

---

[1]) Das mir von Herrn *Dreyer* gegebene Präparat zeigte in der Tiefe den Bau des Dermatofibroms, doch war die Exzision noch nicht tief genug.

Digitized by Google

Chlorodont. — *Holländer* beobachtete braune Pigmentierungen an Stirn und Wangen bei drei dunkelhaarigen Frauen, die noch nicht geboren hatten. — *Hartmann* sieht scharfe Begrenzung und Symmetrie als Gegengrund für die Annahme einer exogenen Ursache an.

2. *Dermatite exfoliative généralisée chronique (Brocq)* unbekannter Ätiologie bei einem 19jährigen Manne, seit Kindheit bestehend und hauptsächlich Stirn, Nase, Wangen, die Umgebung der Ohren, Handrücken und unteren Extremitäten befallend. Großlamelläre Abschuppung, keine Infiltration, im Gesicht und auf den Handrücken Hautatrophien, oft von ovalärer Form.

Aussprache: E. Hoffmann fragt, warum hier nicht ein Status seborrhoicus vorliegen soll. — *Leven* bemerkt, daß derartige Hyperpigmentierungen vorwiegend bei Dunkelpigmentierten vorkommen und nimmt an, daß Rassefaktoren eine Rolle spielen; im vorliegenden Falle weise die Haarbildung auf eine negride Komponente hin. — *Schreus* macht darauf aufmerksam, das der Kranke sich längere Zeit mit Kölnischem Wasser betupft habe, wodurch möglicherweise die Verschlimmerung erklärt werde.

Strempel (Bonn): *Eigenartige Hauttuberkulose* auf der Brust in Form einer breiten erosiven, mit kleinen, meist krustenbedeckten Ulzerationen durchsetzten Wundfläche (Moulage); jetzt Abheilung mit zarter Narbe. Gleichzeitig besteht offene Lungentuberkulose und Lupus erythematodes. Tierversuch mit Exzisionsmaterial bei Meerschweinchen ergab Tuberkulose. Differentialdiagnostisch kam in erster Linie chronische Pyodermie in Frage.

Aussprache: E. Hoffmann weist hin: 1. auf den Charakter der Affektion als pemphigoid.-ulzeröses Tuberkulid mit tuberkuloidem histologischen Bau; anfangs wurde wegen des schubweisen Auftretens an Artefakt neben Pyodermia chronica gedacht; 2. auf den begleitenden Lupus erythematodes; 3. die offene Tbc. pulmonum und 4. auf das mit einer pemphigoiden Effloreszenz schnell gelungene Tierexperiment. — *Stühmer* gibt zu bedenken, ob nicht eine chronisch-pyodermische Komponente in Betracht komme. — *Bering* meint, daß der Fall noch nicht zu klären sei; nach *Moulage* und klinischem Bild entwickele er sich weiter. Sicher sei Erythematodes, in den vielleicht die bestehenden Veränderungen übergingen. — *Stern* warnt vor Überschätzung des Tierversuchs. — *Hagen* erinnert an seinen Fall von Pyodermia superficialis erosiva chronica, die allerdings viele Jahre bestand, stärkere Sekretion bei größerer Ausdehnung, aber kein tuberkuloides Gewebe zeigte.

Hachez (Unna): 1. *Traumatische Gefäßschädigung;* nach Trauma im 3. Lebensjahr entstandene, ventral weiter fortschreitende blaurote Flecken am linken Ober- und Unterschenkel des jetzt 11jährigen Mädchens.

Aussprache: Schreus erinnert an einen in Dortmund vorgestellten Fall von progredienten Teleangieaktasien, die durch Thorium X geheilt wurden. — *E. Hoffmann* erörtert die Möglichkeit, ob Quetschung eines Nervenstranges die vegetativen, die Gefäße versorgenden Fasern in dieser Weise schädigen könne. — *Leven* hält den Fall für eine Nävusform. — *Memmesheimer* weist darauf hin, daß beginnende Akrodermatitis nach Trauma ebenso aussehe.

2. *Lues III der Nase,* bei einer 52jährigen Frau auf dem Boden eines abheilenden Erysipels entstanden.

Lohmann (Essen): *Psoriasiforme Affektion der Innenhand,* bisher als Psoriasis ohne jeden Erfolg behandelt.

Digitized by Google

Aussprache: Junkermann I diagnostiziert das nicht gar so seltene chronische psoriasiforme Ekzem; Psoriasis würde wenigstens zeitweise Besserung aufweisen. Er empfiehlt Kaliseifenbäder mit Zuschuß reiner Kalilauge. — *Hachez* sah bei einer Patientin mit Psoriasis die Affektion der Hände unter den gleichen Erscheinungen beginnen. — *Holländer* empfiehlt Hebrasalbe mit je 10% Acidum und Hydrargyrum salicylicum und Guttaperchapapier.

Schreus (Düsseldorf) demonstriert einen Patienten, der an einer akuten Psoriasis erkrankte; nach Arsenkur (Fowlersche Lösung steigend, zuletzt 3mal 25 Tropfen) starke Verschlechterung; bei der Wiedervorstellung des Kranken vor 7 Tagen überraschenderweise klinisch das Bild eines typischen Lichen ruber: zahlreiche frische, z. T. einzelstehende oder strichförmig angeordnete Lichenknötchen, auch um die früheren Psoriasisplaques, z. T. (am Penis) zusammenhängende lichenoide Herde. Schleimhäute frei, kein Jucken. Intoxikationserscheinungen (starke Heiserkeit mit Halsschmerzen, Diarrhöe) gingen nach Aussetzen der Arsendarreichung innerhalb von 6 Tagen zurück, gleichzeitig flachten aber auch die Lichenherde vollständig ab und nahmen wieder typische Psoriasisschuppung und -form an. Blutbild 9% Eosinophile. Histologisch kein typischer Lichen ruber, mehr das Bild einer infiltrierten Psoriasis, nur stellenweise Parakeratose. Er hält den Fall für einen *toxischen Doppelgänger des Lichen ruber (Jadassohn) mit vorübergehender Umwandlung von Psoriasis in klinisch typische Lichen ruber-Herde.*

Aussprache: E. Hoffmann hält die Effloreszenzen am Penis für typischen Lichen planus, der sonst durch die Therapie verändert sei. — *Stern* betont, daß die Frage, ob Arsenwirkung oder nicht, für die Fortführung der Behandlung von praktischer Wichtigkeit sei; die Diagnose „typischer Schulfall" von Lichen ruber könne er nicht unterschreiben. — *Hagen* schlägt vor, den Fall, den er für Lichen ruber hält, mit Solarson zu behandeln, das ihm gute Erfolge brachte, wo Arsen innerlich trotz langdauernder Darreichung hoher Dosen versagte. — *Ritter* weist darauf hin, daß das *Wickham*sche Phänomen fehle, was gegen Lichen ruber spreche. — *E. Hoffmann* erklärt, daß er nach genauer Besichtigung bei guter Beleuchtung und Kenntnisnahme des histologischen Befundes seine Auffassung nicht aufrecht erhalte.

Jacobs (Hautklinik Essen): 1. *Karzinom der Zunge*, aus einer Leukoplakie bei alter Lues entwickelt und durch Spicken mit Radiumemanation und Röntgen besonders hinsichtlich der schmerzhaften Schluckbeschwerden wesentlich gebessert.

2. *Primäres Karzinom des Unterkiefers*, seit 23 Jahren bestehend; 1913 anscheinende Heilung auf Röntgen; 1923 Rezidiv; erneut geröntgt; seit November 1926 in Behandlung der Klinik, mit Röntgenstrahlen unter ½ mm Cu, Thorium X, Kaltkaustik, sehr brauchbarer Erfolg.

3. *Fibroepitheliom der Kopfhaut*, im Verlauf von 40 Jahren entstanden; nach Kaltkaustik im Januar 1927 zunächst glatte Abheilung, seit 6 Wochen Rückfall.

4. *Keratodermia punctata disseminata palmaris*, vor 3 Jahren bei einem 59jährigen Gärtner entstanden.

Aussprache: Bering warnt vor Röntgen, empfiehlt Salizyl und Seifenbäder. — *Ritter* betont, daß nach erfolgloser Röntgentherapie der Handtellerekzeme eine Resistenz gegen alle sonstige Behandlung zurückbleibt.

Digitized by Google

5. *Keratoma hereditarium palmare et plantare* bei einem 14jährigen imbezillen Mädchen mit mongoloidem Gesichtsausdruck, systematisiertem Nävus am Stamm und eigenartiger Veränderung der Kopfhaare.

Aussprache: Leven macht darauf aufmerksam, daß es sich um einen bilateralen systematisierten, auf die beiden Körperhälften deutlich ungleich verteilten Nävus handele; außerdem bestehe ein Adenom an der Stirn, das er als Typus *Pringle* auffasse, zumal Imbezillität und eventuell tuberöse Prozesse im Gehirn vorlägen. Schließlich falle noch die schüttere, spärliche Haarbildung auf, wie er sie ähnlich bei zwei an *Friedreich*scher Ataxie leidenden Geschwistern gesehen habe.

6. *Lupus erythematodes*, vor 2 Jahren an der Nasenspitze beginnend und seitdem trotz Behandlung (Quarzlicht, Kaltkaustik, Aurophos, Kohlensäureschnee, Röntgen) langsam fortschreitend.

Memmesheimer (Bonn): *Trophoedème de Meige* oder *Neuroarthritische Pseudoelephantiasis (Mathieu)*. Bei der 33jährigen Patientin entstand 2 Jahre nach der im 18. Lebensjahre erfolgten *Exstirpation beider Ovarien* eine schmerzhafte Schwellung beider Hände und Unterarme, besonders der Streckseiten, die fortbesteht, aber nur noch gelegentlich im Frühjahr und Herbst schmerzhaft ist. Haut adhaerent, nicht eindrückbar; tiefe Furche am Handgelenk; Hypothyreoidose; leichtes Ekzem beider Unterschenkel und des Gesichts.

Aussprache: E. Hoffmann glaubt, daß dieser Typus auch bei uns wohl nicht ganz so selten sein kann, als es bisher scheint, und daß in Bezug auf die *endokrine Ätiologie* pathogenetisch entfernte Beziehungen zum Myxödem, aber auch zu der Fettanhäufung bei Dysplasia adiposogenitalis bestehen. Er erinnert differentialdiagnostisch an das anders bedingte traumatische harte Ödem der Handrücken und das Oedème bleu der Hysterischen. — *Bering* bemerkt, daß vorübergehende schmerzhafte Schwellungen im Gesicht bei totalexstirpierten Puellen nicht selten vorkommen; sie verschwinden nach Monaten.

Vohwinkel (Hautklinik Essen): 1. *Melkerknoten.*

2. *Sklerodermie en bandes et en plaques* bei einem 12jährigen Knaben, seit $2^1/_2$ Jahren bestehend.

Aussprache: Stühmer macht darauf aufmerksam, daß diese scheinbar medianen Affektionen tatsächlich paramedian sind und häufig nach dem Scheitel zu eine spornähnliche Erscheinung haben, die zuweilen allein vorhanden ist, und dann unter dem Haupthaar verborgen bleibt. — *Leven* hält den Fall für eine Nävusform.

3. *Parapsoriasis*, bei dem 10jährigen Knaben seit 10 Monaten bestehend.

4. *Hydroa vacciniforme.* Auftreten von Effloreszenzen und Narben an Lippen, Nase und Ohrmuscheln seit 6 Jahren bei 22jährigem Landwirt.

5. *Pityriasis rubra pilaris.* Der 39jährige Mann erkrankte Januar 1928 an schnell sich über den Körper verbreitenden gelblichroten scharfbegrenzten, z. T. konfluierten Herden mit follikulärer Hyperkeratose. Histologisch starke follikuläre Hyperkeratose mit sekundärer Atrophie des Epithels, geringe Rundzelleninfiltration in der Kutis.

6. *Lichen ruber acuminatus* in Abheilung bei einem 52jährigen Manne. Beginn Juni 1926; Dezember 1926 bis Januar 1927 Krankenhausbehandlung. Damals war fast der ganze Körper mit hochroten kleinsten schüppchentragenden, z. T. konfluierten, heftig juckenden Effloreszenzen bedeckt; Solarson.

Digitized by Google

Jetzt über den ganzen Körper verteilt bräunlichgelbe flache Herde mit geringer, an Seborrhöe erinnernder Schuppung.

Aussprache: Ritter weist darauf hin, daß die Prädilektionsstellen von den für Pityriasis rubra pilaris charakteristischen Effloreszenzen frei sind. — *Stühmer* rät mit Bezug auf die Angabe des Patienten, daß er wenig in Schweiß komme, zu einem Versuch mit Pilokarpin in kleinen, lang fortgesetzt gegebenen Dosen, von denen er bei *Rost* gute Erfolge sah. — *Dreyer* hat in der Kölner Dermatologischen Gesellschaft einen Fall mit gleicher Lokalisation vorgestellt; eine Beeinflussung durch Pilokarpin sei im Sinne der Ausscheidungsdermatosen *Fischers* gut verständlich.

7. *Ekzema solare* einer 36jährigen Frau, bei der seit etwa 10 Jahren auf Sonneneinwirkung hochrote konfluierende papelähnliche Effloreszenzen an Händen und im Gesicht entstehen; Hämatoporphyrinausscheidung nicht vermehrt.

Aussprache: Stühmer vermißt den experimentellen Nachweis der Lichtätiologie und verlangt exakte Prüfung, auf welche Lichtqualitäten Überempfindlichkeit bestehe. Einstweilen sprächen die Oberflächlichkeit der Affektion, die eigenartige Begrenzung auch an dem Licht ausgesetzten Stellen und das Fehlen des neurodermieähnlichen Infiltrats dagegen. — *Leven* schlägt vorsichtige Angewöhnung und Desensibilisierung durch Lichtbehandlung als therapeutischen Versuch vor. — *Liebmann* sah 1927 bei einer Frau in gleicher Weise auch nur die Nasen-Mundpartie affiziert.

8. *Pemphigus vulgaris* bei einem 4jährigen Mädchen und 12jährigen Knaben; gute Wirkung der von *Unna* angegebenen Terrasilicea-Schwefelzinkpaste.

9. *Epitheliome bei Lupus vulgaris.* Bei dem 32jährigen, seit Kindheit an Lupus leidenden Manne, der 1908 röntgenbestrahlt war, entwickeln sich seit 2 Monaten in dem Narbengewebe über dem linken Unterkiefer Tumoren, bei denen histologisch Malignität nicht sicher erkennbar ist.

Aussprache: Schreus führt aus, daß Lupuskarzinom nach Röntgenbestrahlungen zwar etwas häufiger als ohne solche beobachtet werde, daß man diese aber in ihrer ätiologischen Bedeutung nicht überschätzen dürfe, wie es oft geschähe. Fehlten deutliche Zeichen von Röntgenschädigungen, besonders auch Röntgenhyperkeratosen, seien die ursächlichen Beziehungen zwischen Lupuskarzinom und Strahlenwirkung mit Vorsicht zu beurteilen.

10. *Lichen ruber planus et vesiculosus.* Erscheint ausführlich in der Dermatologischen Wochenschrift.

Barnewitz (Hautklinik Essen): 1. *Lupus pernio nasi.*

2. *Tuberkulide* bei einem 47jährigen Manne; seit etwa 12 Jahren Auftreten linsengroßer entzündlicher Knötchen, die unter Zurücklassung brauner Pigmentierungen teils nach 8—12 Wochen spontan zurückgehen, teils unter Abstoßung einer zentralen Nekrose abheilen. Auf 0,001 Alttuberkulin geringe Herdreaktion. Histologisch Rundzelleninfiltrate, besonders um die Gefäße. Innere Organe o. B. Wesentliche Besserung nach Quarzlichtbädern.

3. *Knotenförmig infiltrierende Tuberkulide.* a) Bei einer 47jährigen Frau bilden sich seit 1920 hasel- bis walnußgroße bläulichrote rundliche Infiltrate in der Haut der Unterschenkel, die sich nach Erweichung teils nach außen entleeren, teils resorbiert werden und leicht eingesunkene fleckförmig gelblich pigmentierte Narben zurücklassen. Histologisch in den frischen Knoten

Digitized by Google

Einschmelzungsherde mit reichlicher leukozytärer Zellanhäufung, keine typischen Merkmale für Tbc. In den älteren Herden reichliche Bindegewebs- und Gefäßneubildung mit Ansammlungen hämoglobinogenen Pigments. b) 34-jähriger Mann, 1920 wegen ausgedehnten Skrophuloderms am Halse röntgenbestrahlt; seit einigen Monaten Auftreten haselnußgroßer bläulichroter Infiltrationen in der Haut beider Unterschenkel. Abheilung mit fleckförmig gelblich pigmentierten Narben mit oder ohne voraufgegangene Erweichung. Kulturelle Untersuchung nach dem von *Loewenstein* und *Lumiyoshi* angegebenen Verfahren bislang mit negativem Ergebnis.

4. *Papulo-nekrotische Tuberkulide mit ausgedehnter Geschwürsbildung an beiden Unterschenkeln* bei einem 26jährigen an ausgedehnter Tbc. pulmonum leidenden Mädchen; vor ½ Jahre Auftreten einzelner roter Knoten, die zusammenflossen, erweichten und allmählich zur Bildung eines etwa kinderhandtellergroßen, sehr schmerzhaften Geschwürs mit unterminierten Rändern führten. Langsame, jetzt noch nicht beendete Abheilung. Vor 3 Monaten Aussaat typischer papulo-nekrotischer Tuberkulide über den ganzen Körper.

Aussprache: Stühmer stellt zur Erwägung, ob nicht bei dem großen Geschwür am Unterschenkel eine artifizielle Komponente eine Rolle spiele.

5. *Prurigo und Tumoren bei lymphatischer Leukämie* eines 58jährigen Mannes, seit 3 Monaten bestehend.

6. *Isolierte Lupuserkrankung am harten und weichen Gaumen;* sonst keine Tbc. nachweisbar.

Aussprache: Stühmer hält in solchen Fällen die Therapie mit Röntgen- und lokalen und allgemeinen Ultraviolettlichtbestrahlungen nach *Rost* für nahezu sicher heilend.

7. *Hautveränderungen bei Kohlenbergbauarbeitern.* a) Netzförmiges Erythem an beiden Beinen mit vereinzelten braunschwarzen Pigmentierungen nach 20jähriger Arbeit vor Gaskohle; b) flächenförmige braunschwarze Pigmentierungen im Gesicht, netzförmige am Rücken nach 25jähriger Arbeit vor Gaskohle.

8. *Krebserzeugung bei Mäusen.*

Ausgehend von der Tatsache, daß 1. mit Teerpinselungen bei Mäusen sehr häufig negative Resultate erzielt werden, und 2. bei industriellen Arbeitern nach jahrelanger Beschäftigung mit *Pech* Karzinome auftreten können, hat *B.* Mäuse der Einwirkung pulverförmigen Pechs ausgesetzt und bei 3 von 10 Tieren nach etwa 12wöchiger Einwirkung das Auftreten ulzerierter Tumoren in der Haut beobachtet, nachdem schon vorher das Haarkleid der Tiere sich stark, bis zum Auftreten kahler Stellen, gelichtet hatte und eine Verstümmelung der Ohrmuscheln vornehmlich infolge Kratzens eingetreten war. Nach der bisherigen Versuchsanordnung kann das Pech auf die Haut direkt, durch den Digestions- sowie den Respirationstraktus wirken. Demonstration erkrankter Tiere und histologischer Präparate aus einer Probeexzision.

Aussprache: E. Hoffmann weist auf die bei Ärzten beobachteten Pleurakarzinome hin, die eventuell auch durch jahrzehntelange Einatmung von zu Epithelwucherung reizenden Stoffen (Teer, Formalin, Karbol?) zurückzuführen sind. Er bittet auf Larynx- und Lungenherde durch Pechstaubeinatmung zu achten und gratuliert *B.*, der „mit Pech Glück gehabt" hätte. — *Bering* betont neben der großen wissenschaftlichen Bedeutung der B.schen Karzinomerzeugung die hohe praktische Bedeutung derselben und erinnert

Digitized by Google

an die zahlreichen Demonstrationen und Vorträge über industrielle Hauterkrankungen im rheinisch-westfälischen Industriebezirk.

In der Nachmittagssitzung referierten *Polzin* (Essen) über *„die Notwendigkeit einer Facharztvertretung zur Wahrung wirtschaftlicher Belange"* und *Bardach* (Düsseldorf) über *„das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten"*; an beide Referate schloß sich eine ausgedehnte Diskussion.

Roscher (Koblenz).

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Syphilis.

Serologie.

Grshebin: **Die Liquordiagnostik und ihre Bedeutung für die Prophylaxe der Neurolues.** Kasanski Med. Journal 1926. Nr. 12.

Die Bedeutung der Untersuchung der Lumbalflüssigkeit bei Syphilitischen ist allgemein anerkannt. Wenn auch in 20% unangenehme Nebenerscheinungen bei Ausführung derselben vorkommen, schwinden dieselben in 3—4 Tagen, so daß diese nicht vor der Ausführung zurückschrecken dürfen. In prophylaktischer Hinsicht ist es richtig, diese Untersuchung nach Beendigung der Kuren und bei negativem Ausfall nochmals 4 Jahre nach der Erkrankung vorzunehmen. Bei positivem Ausfall sind systematische Kontrolluntersuchungen anzustellen. *A. Jordan.*

W. Prosch-Witten: **Bemerkungen über die Langesche Goldsolreaktion.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Erst in der letzten Zeit haben eingehende Untersuchungen kolloidchemischer Natur in das Wesen und den Ablaufsvorgang der Langeschen Goldsolreaktion Einblick verschafft. Als wesentlich ergeben sich folgende Ergebnisse: Es können sowohl saure als auch alkalische Goldsole von Eiweißkörpern und deshalb auch vom Liquor gefällt werden. Die Fällung des Goldsols beruht nicht nur allein auf einer Ladungsentziehung durch entgegengesetzt geladene Körper oder auf Ausfällen des Globulins im isoelektrischen Punkt, sondern es müssen allgemeine Gesichtspunkte zur Erklärung herangezogen werden. Der sogenannte Kochsalzverbrauch ist nicht mehr als ein ziemlich rohes Testobjekt, mit dem wohl Veränderungen der H-Ionenkonzentration bis zu einem gewissen Grade festgestellt werden können, nicht aber Dispersitätsschwankungen. Die Konsequenz, den Liquor mit variierender Kochsalzkonzentration zu verdünnen, wird für unrichtig gehalten. *Krüger*-Sagan.

Mendlowicz: **Über die Meinickesche Trübungsreaktion für Liquoruntersuchungen (Modifikation von Untersteiner).** D. m. W. 1926, Nr. 48.

Angabe über Technik nach Untersteiner s. Orig. Es wurden 128 Liquores gleichzeitig mit Wa.-R. und M.-T.-R. (Untersteiner) untersucht; Ablesung abweichend von Untersteiner als Kuppenablesung ausgeführt, und zwar nach etwa 20stündigem Stehen bei Zimmertemperatur. Negative Liquores geben entweder überhaupt keinen Bodensatz oder nur einen

Digitized by Google

punktförmigen Niederschlag, der sich leicht verschütteln läßt. Bei positiven Fällen breiter Bodensatz. Die Untersuchungen ergaben, daß die Modifikation bei nicht eiweißhaltigem Liquor als der Wa.-R. einigermaßen gleichwertig angesehen werden dürfte; dagegen sind bei stark eiweißhaltigem Liquor positive mit der Wa.-R. übereinstimmende Resultate nicht zu verwerten. Besonders bedenklich ist es, daß die unspezifische Flockung in dem Röhrchen mit Formalinzusatz zurücktreten oder sogar fehlen kann, sodaß man gerade durch den negativen Ausfall der Kontrolle zu einer fälschlichen positiven Diagnose verleitet wird. Ob sich diese Fehlerquelle durch eine besondere Versuchsanordnung (fallende Liquormengen) ausschalten läßt, oder durch genaue Innehaltung der Originalvorschrift Untersteiners vermieden werden kann, ist noch zu untersuchen.

O. Dittrich-Kiel.

Ernst Bender: **Untersuchungen zur Theorie der Goldsolreaktion im syphilitischen Liquor.** D. W. 1927. Nr. 36.

Verfasser kam es darauf an, festzustellen, ob die Entfernung desjenigen Agens, welches den positiven Ausfall der Liquorreaktion bedingt, von der elektrischen Ladung der suspendierten Partikel abhängig ist. Hierüber angestellte Versuche zeigten, daß es möglich ist, einen goldsolpositiven Liquor durch Behandlung mit Adsorbentien negativ zu machen. Das Negativwerden war jedes Mal verknüpft mit einer Reduktion des Eiweißgehaltes. Wurde statt des Liquors eine mit positiven Farbstoffen gefärbte Gelatinelösung verwandt, so zeigte sich, daß das positive Neutralrot der Lösung dann einen Einfluß auf die Goldsolreaktion bekommt, wenn seine molekulare Konzentration die der Gelatine bedeutend übertrifft. Die Gelatine wirkt als Schutzkolloid und verdeckt die koagulierende Wirkung des Farbstoffes. *Schreyer*-Berlin.

Hans Gross: **Über die Brauchbarkeit der Blutkuchen Wa.-R. nach Dold.** Münch. med. Woch. Nr. 8, 1927.

Vergleichende Untersuchungen an 1000 Blutproben ergaben in 98,4% der Fälle eine völlige oder fast völlige Übereinstimmung der Resultate der Serum Wa.-R. mit der Blutkuchen-Wa.-R. Nur in 0,9% der Fälle wurde eine stärkere Abweichung gegenüber der Serum-Wa.-R. beobachtet. Wegen Eigenhemmung waren die Ergebnisse bei der Blutkuchen-Wa.-R. 7mal, bei der Serum-Wa.-R. dagegen 22mal nicht zu verwerten.

Die Blutkuchen-Wa.-R. nach *Dold* empfiehlt sich also in allen Fällen, wo das Serum ausgelaufen, aber noch genügend Blutkuchen vorhanden ist, ferner bei Eigenhemmung des Serums, da diese störende Eigenschaft sich nicht selten bei Verwendung des Blutkuchenextraktes nicht mehr bemerkbar macht. *Weinstock*-Charlottenburg.

M. Kaplun: **Zur Frage der Fällungsreaktionen bei Syphilis.** Wratscheleoje Delo 1927. Nr. 10.

970 Serumuntersuchungen gaben dem Verfasser Anlaß, den Fällungsreaktionen von Meinicke und Sachs-Georgi eine hohe, die Wa.-R. ergänzende Bedeutung zuzuschreiben, so daß, wenn irgend möglich, diese Reaktionen neben der Wa.-R. aufgestellt werden sollten. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Friedrich Szirmai: **Über die praktische Bedeutung der Meinicke-Trübungsreaktion.** Münch. med. Woch. Nr. 2, 1927.

Nach eingehender Beschreibung der Technik der Meinicke-Trübungsreaktion kommt Verfasser zu dem Schluß, daß die M.-T.-R. diejenige Methode von allen Serumreaktionen sei, die der Praktiker auch ohne Laboratoriumseinrichtung ausführen kann. Die Wahrscheinlichkeit von Fehlresultaten ist nicht größer, als wenn in einem Laboratorium die Wa.-R. allein, ohne gleichzeitige Flockungsreaktion ausgeführt wird. Als endgültiges Resultat soll erst das Ergebnis im Stadium der Ausflockung, also am nächsten Tage, betrachtet werden. *Weinstock*-Charlottenburg.

Kurt Strelow: **Die Meinicke-Mikroreaktion.** Münch. med. Woch. Nr. 2, 1927.

Bei 1000 nach der Mikromethode *Meinickes* und der Wa.-R. untersuchten Seren stimmten 97,8% mit beiden Reaktionen überein. In 0,2% war bei der Mikromethode eine unspezifische Reaktion nicht auszuschließen. Die Meinicke-Mikromethode ist der Wa.-R. annähernd gleichwertig.

Weinstock-Charlottenburg.

Stern und *Frank:* **Chemische Trübungsreaktion und Meinicke Mikro-Reaktion.** Kl. W. 1927. Nr. 6. S. 254.

Eine serologische Untersuchung auf Lues, die dem heutigen Stande der serologischen Wissenschaft gerecht werden soll, darf sich nicht mehr mit der Untersuchung der Sera mit einer Methode begnügen; es vermag vorerst keine Methode die Wa.-R. zu ersetzen, aber es ist zweifellos, daß eine Reihe von Luesseren bald nur mit der einen, bald nur mit der anderen Methode ein positives Resultat ergibt. Daraus folgt, daß jedes Serum mindestens mit zwei Methoden untersucht werden soll. Was die Wahl anbetrifft, so muß die Wa.-R. als erste Untersuchungsmethode beibehalten werden. Als zweite Methode würde eine der Flockungs- oder Trübungsmethoden in Betracht kommen. Die M.-T.-R. hat hierbei den Vorzug der größten Empfindlichkeit. *Hans Ritter*-Berlin.

Über die Meinicke-Mikroreaktion. M. K. 1926, 52.

Meinicke: Verf. macht *Spranger* (M. K. 1926, 9) den Vorwurf, sich bei seiner Makro- und Mikroreaktion nicht gemäß des Verfassers Vorschrift bei letzterer eines verdünnten Extraktes bedient zu haben, denn der für die Makroreaktion in Frage kommende M.-T.-R.-Extrakt sei für die Mikromethode zu stark. Daher auch die abweichenden Resultate *Sprangers*. Die Adler-Apotheke in Hagen gibt den Mikroextrakten besondere Anweisungen mit. *Siegfried*-Aachen.

Palomba: **Die Meinickesche Mikroreaktion.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1470.

Palomba hebt die praktische Brauchbarkeit und Spezifität der Meinickeschen Mikroreaktion hervor. Sie ist besonders von Wert bei Kindern, bei denen es schwierig ist, genügende Blutmengen zu erhalten. In Primäraffekten ist die Mikroreaktion nur positiv, wenn die Wassermann- und Meinicke-Reaktion im Blutserum positiv sind. Die Mikroreaktion fällt ganz gleich aus, wenn man das Blut aus der Vene oder aus der Fingerbeere nimmt. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Digitized by Google

Delpiano: **Die Meinickesche Mikroreaktion.** Giorn. ital. di Dermatol. 1917. H. 5. S. 1470.

Delpiano äußert sich folgendermaßen über den Wert der Meinickeschen Mikroreaktion: Die Mikroreaktion ist nur als positiv zu bezeichnen, wenn sich nach einer Stunde ein deutliches reichliches Präzipitat in allen Schichten des Tropfens mit einem Niederschlag aus unzähligen amorphen Granulis am Boden des Tropfens findet, welche kleine unregelmäßige schmutzig-gelb gefärbte Massen bilden. Sie ist nur deutlich negativ, wenn sich der Tropfen und besonders der Grund nach einer Stunde frei von Präzipitaten zeigt und nur ganz kleine Punkte mit Brownscher Bewegung vorhanden sind. Zwischen diesen Extremen gibt es alle möglichen Übergänge, die bei der Labilität der Reaktion bei ungeübten Beobachtern zu irrigen Schlüssen führen können. Wegen ihrer Feinheit, auch wegen der Abhängigkeit von der umgebenden Temperatur hat die Methode nicht die Bedeutung, die ihr einige Autoren zulegen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Bizzozzero und *Vercellino:* **Weitere Untersuchungen über die Meinicke- und Wassermann-Reaktion im Blutserum und im durch Vesikantien gewonnenen Serum bei Syphilitikern.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1465.

Bizzozzero und *Vercellino* kommen in Fortsetzung schon mitgeteilter Versuche zu folgenden Ergebnissen: 1. Bei Patienten mit progressiver Paralyse ist die Intensität der Wassermann- und Meinicke-Reaktion im Blutserum und im durch Vesikantien gewonnenen Serum dieselbe und annähernd auch die gleiche bei Lues latens und Lues mit Hauterscheinungen, was nicht zugunsten einer Produktion von Reaginen in loco spricht. 2. Beide serologischen Reaktionen ergeben im entzündlichen Exsudat der Blasen nach Kohlensäureschneeapplikation konstant geringere Intensität, als in dem durch Vesikantien gewonnenen Serum. 3. Die Intensität beider Reaktionen hängt auch von der Örtlichkeit ab, an der die Blase hervorgerufen wurde; bei Blasen von der Schulter ergab sich größere Komplementablenkung und Trübung, als bei Blasen vom Bein.

Fritz Juliusberg-Braunschweig

W. Engelhardt-Gießen: **Über die Ursachen von Fehlergebnissen der Seroreaktionen nach Wassermann und Meinicke.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 10. 1927.

Verfasser hat ausgedehnte Untersuchungen angestellt, die die Ursache erklären, warum es öfter vorkommt, daß die Resultate der Blutuntersuchungen in den verschiedenen Instituten divergieren. Es zeigt sich dabei, daß bereits bei der Entnahme des Blutes zu beobachten ist, daß die Spritzen und Kanülen völlig frei von Alkohol und Äther sind. Man erreicht das am besten, wenn die so aufbewahrten Instrumente gründlichst mit physiologischer Kochsalzspülung durchgespült werden. Die Lagerung des zu untersuchenden Blutes ist ebenfalls von Wichtigkeit. Durch vergleichende Untersuchungen zeigte sich, daß die Wa.-R. meist nach 2—3 Tagen der Aufbewahrung stärker positiv als etwa am Tage der Blutentnahme wird, dagegen geht die Stärke der Reaktion nach längerer Aufbewahrung bei der es sich um latente Fälle oder solche Fälle, die am Ende der Behandlnng stehen. Dadurch, daß beide Reaktionen in verschiedenem Sinne auf die Lagerung reagieren, sind Fehlerquellen in der Beurteilung der Resultate ausgeschlossen. *Krüger*-Sagan.

NORTHWESTERN UNIV. MED. SCHOOL LIBRARY

Digitized by Google

S. Jakubowitsch: **Meinickes Trübungsreaktion.** Moskowski Medicinski Journal. 1927. Nr. 3.

Verfasser stellte an dem Moskauer chemisch-bakteriologischen Laboratorium von A. Kowardski parallele Blutuntersuchungen mit der Wa.-R. wie der Meinickeschen Trübungsreaktion an und überzeugte sich dabei, daß in 98,4 % eine völlige Übereinstimmung bestand, so daß er warm für dieselbe eintritt. *A. Jordan.*

W. Gaethgens-Hamburg: **Beitrag zur serologischen Untersuchung schwerflockender Luessera.** Derm. Wo. Nr. 83. Nr. 48. 1926.

Bei Untersuchung von Retroplazentarblut und Nabelvenenblut stellte Verfasser fest, daß häufiger trotz stark positiver Wa.-R. und Flockungsreaktionen das Retroplazentarblut das Nabelvenenblut nur schlecht ausflockte oder überhaupt nur mit den bisher üblichen Methoden. Die Benzocholreaktion läßt sich durch Anwendung der Zentrifugiermethode qualitativ und quantitativ wesentlich verfeinern, daß es bei beiden Blutarten zu übereinstimmenden Resultaten kommt, ohne daß die Zahl der unspezifischen Reaktionen zu groß würde. Gleichzeitig ist die Zeit, in der die Reaktion abgelesen werden kann, wesentlich kürzer. Die Methode eignet sich auch natürlich für andere Fälle von fraglicher Lues.

Krüger-Sagan.

Nedumow: **Vergleichende Wertbestimmung der Flockungsreaktion.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 2.

Die Untersuchung von 532 Sera, welche teils von Syphilitischen, teils von nicht Syphilitischen stammten, ergab bei der R. Bruck in 85 %, der R.-S.-G. und M.-D.-M. in 80 %, der R. Kahn in 75 % und der R. Dold in 88 % völlige Übereinstimmung mit der Wa.-R. *A. Jordan.*

Ermilow, W. Wasiljewa, Pekker und *Sikelaikow:* **Zur Frage der Wechselbeziehungen zwischen der Wa.-R. und den Trübungsreaktionen von S.-G. und M.-T.-R. bei der Serodiagnostik der Syphilis.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Bd. 5. Nr. 9.

Trotz großer Übereinstimmung der Trübungsreaktionen mit der Wa.-R. haben dennoch die einen wie die andern nur praktische Bedeutung, wenn sie mit dem klinischen Befund in Einklang gebracht werden.

A. Jordan.

T. Baumgärtel: **Unspezifische „thermolabile" Kälteflockung nach Sachs-Georgi und ihre Stabilisierung durch Luesserum.** Münch. med. Woch. Nr. 42, 1926.

Verfasser konnte feststellen, daß der Ausfall der Sachs-Georgischen Flockungsreaktion sehr von der Höhe und Dauer der Temperatureinwirkung abhängig ist. Für die Lues liegt das Flockungsoptimum der Reaktion genau bei 37°; oberhalb dieser Temperatur flocken nicht alle Luessera aus, während unterhalb dieser Temperatur auch sichere Nichtluessera ausflocken. Weitere Versuche ergaben, daß nahezu jedes Menschenserum positiv reagiert, wenn es lange Zeit bei entsprechenden Temperaturgraden aufbewahrt wird. So flocken manche Menschensera bei 24stündiger Erwärmung auf 15° aus, manche bei Abkühlung auf 10°, 5° und fast alle Sera bei Abkühlung auf 0°. Alle unter 37° entstandenen Flocken verschwinden

Digitized by Google

aber wieder bei Temperaturen, die höher liegen als die Flockungstemperaturen. Die Entstehung und Beständigkeit der Sachs-Georgischen Flocken ist also von der Wärmeempfindlichkeit der Flocken abhängig, diese aber wird lediglich durch die Beschaffenheit des Mediums bedingt. So zeigte es sich, daß das Luesserum die Eigentümlichkeit besitzt, normale Kälteflocken vor ihrer Auflösung in der Wärme zu schützen. Dieses Phänomen prüfte Verfasser als Luesdiagnostikum an 500 Fällen nach und erhielt damit weniger zweifelhafte Resultate und stärkere Flockungsausfälle als bei der bisher üblichen Sachs-Georgischen Reaktion.

Weinstock-Charlottenburg.

Schereschewsky: **Die DMHo in der serologischen Praxis.** M. K. 1927, 6.

Die von Hohn angegebene DMHo-Reaktion benutzt zur Herstellung der Extraktverdünnung diejenige NaCl-Konzentration, bei der eine mit 6facher Lupe deutlich erkennbare Flockung der Extraktsuspension erkennbar ist. Technik der Herstellung der Extraktverdünnung genau angegeben. 500 Fälle wurden nach dieser Methode kontrolliert. Übereinstimmend mit Wa.-R. 88,8 %, verschieden 11,2 %. Sichere Versager gegenüber der Wa.-R. nur 1,2 %, dagegen zeigten 4,8 % unsere Reaktion schärfer an als Wa.-R. Leider aber haften dieser Reaktion für den Praktiker doch mancherlei Schwierigkeiten an, sie erfordert auch größere Übung wegen der richtigen Einstellung des „Lupenflockungsstadiums". Zu rühmen ist an ihr, daß sie bei recht großer Spezifität geeignet ist, noch eine Reihe von Fällen herauszuholen, die der Wa.-R. entgehen würden.

Siegfried-Aachen.

Dujarrie de la Riviere, Gallerand, Kossovitch: **Die Serodiagnose der Syphilis nach der Methode der Antigen-Harztinkturgemische. Methode der Trübung und Flockung.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 1. S. 109.

Eingehende Darstellung der in den Ann. de l'inst. Pasteur Jg. 39, Nr. 2, S. 174, 1925 wiedergegebenen Methode. Die nach den Angaben der Autoren sehr einfache Methode gestattet die Ablesung nach der Trübung und Flockung. Die Bestimmung der Trübung könnte allein genügen, aber die Schnelligkeit und Stärke der Flockung gestattet, den Einfluß der Behandlung zu beurteilen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

G. Miani: **Über das Verfahren Kaups bei der Wassermann-Reaktion in Beziehung zu den klinischen Erscheinungen der syphilitischen Infektion.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 741.

Mianis sehr befriedigende Ergebnisse mit der *Kaups*chen Modifikation der Wa.-R. gipfeln in folgenden Schlüssen: 1. Bei primärer Syphilis betrug der Prozentsatz der positiven Reaktionen etwa 41 %; die Zahl schwacher positiver Reaktionen bezieht sich auf die große Empfindlichkeit der Methode beim Übergang von der prähumoralen zur humoralen Periode; der Ausfall erfolgt um so intensiver, je mehr man sich der zweiten Periode nähert und erfolgt eher, als die sekundären Erscheinungen der Infektion. 2. Bei Seren sekundär Syphilitischer mit Erscheinungen betrug der stark positive Ausfall 94 %, war also sehr hoch; der kleine Prozentsatz positiver Reaktionen (3 %) bei dieser Gruppe beruht auf der Tatsache, daß einige Patienten schon in voller spezifischer Kur waren und daß wohl bei einigen die humorale Phase noch nicht völlig erreicht war. 3. Für den Wert der

Digitized by Google

Methode spricht weiter die auffallende Quantität schwach positiver Reaktionen bei alten schlecht behandelten Syphilitikern (im Gegensatze zu dem negativen Ausfall bei gut und regelmäßig behandelten Syphilitikern) und 4. Der absolut negative Ausfall bei Nichtsyphilitikern. 5. Sehr niedrig ist der Prozentsatz autotroper Seren (0,2%). 6. Ganz gering ist der Prozentsatz paradoxer Seren 5 auf 3000 Reaktionen.

Die Methode ist auf Grund der erwähnten Vorzüge in der Dermatologischen Klinik zu Bologna definitiv eingeführt worden.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Bojewskaja: **Praktische Bedeutung der Serodiagnostik der Syphilis mit aktivem Serum.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 4. (Russisch.)

Die an einem großem Material am staatlichen Laboratorium in Odessa von der Verfasserin vorgenommenen vergleichenden, serologischen Untersuchungen inbezug auf Syphilis ergaben, daß obgleich die *Weinberg-Mutermilch*sche Reaktion mit aktiven Serum sehr empfindlich und sehr einfach ist, es demnach ratsam ist, gleichzeitig auch die Wa.-R. anzustellen, da erstere unspezifische Resultate geben kann. *A. Jordan.*

Mayr: **Die Wassermannsche Reaktion bei der Malaria.** M. K. 1927. 3.

Bislang war man sich nicht im Klaren, wann eine positive Wa.-R. bei malariapositiver Anamnese auf Lues bezogen werden kann, wann auf Malaria. Auf Grund von 80 Fällen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß eine positive Wa.-R. wahrscheinlich an die Anwesenheit von Plasmodien, also an das Fieberstadium gebunden ist. In plasmodien- und demnach fieberfreier Zeit ist ein positiver Wassermann auf Lues zu werten. Somit sollen also alle differentialdiagnostischen Schwierigkeiten in der Beurteilung dieser Syphilisreaktion fortfallen. *Siegfried*, Aachen.

A. Haim (Hamburg): **Über die Verwertung des Retroplacentarblutes für die Serodiagnose der Syphilis.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 14. 1927.

Es empfiehlt sich bei jeder Geburt das Retroplazentarblut möglichst rein zu entnehmen und möglichst bald zur serologischen Untersuchung zu verwenden. Neben der Wa.-R. ist die Vornahme einer Flockungsreaktion erwünscht. Die Differenzen zwischen Armvenenblut und Retroplazentarblut sind nur relativ selten. Ergibt sich ein positives Resultat und sind klinisch und anamnestisch keine Anhaltspunkte für das Bestehen einer Lues vorhanden, so muß die Reaktion am Ende des Wochenbettes noch mal wiederholt werden, da dann die Unspezifität, die manchmal unter der Geburt auftritt, sich wieder verloren hat. Ebenso gute Resultate hat die Untersuchung des Nabelschnurblutes ergeben. *Krüger* (Sagan).

Hackemann: **Unsere Erfahrungen mit dem Retroplazentarblut unter der Geburt.** Münch. med. Woch. Nr. 6. 1927.

Die Spezifität der Wa.-R. und der Flockungsreaktionen im Retroplazentarblut steht nicht hinter dem des Venenblutes zurück. Jedoch wirken die häufigen unspezifischen Ausschläge sehr störend. Aus diesem Grunde stellte Verfasser die Untersuchungen nur noch an Venenblut an.

Weinstock (Charlottenburg).

Hackemann: **Milch luetischer Wöchnerinnen.** Münch. med. Woch. Nr. 42. 1926.

In früheren Untersuchungen konnte gezeigt werden, daß bei positiver Wa.-R. im Blute auch die Milch bis zum 5. Wochenbettstage bei stillenden

Digitized by Google

Frauen positiv reagierte, um dann negativ zu werden, bei nicht stillenden Frauen dagegen positiv zu bleiben. Diese Tatsache erklärt sich aus dem Verschwinden der Globuline bei stillenden Frauen; denn der Ausfall der Seroreaktion ist an das Vorhandensein von Globulinen, besonders der Euglobuline, gebunden. Einen Übergang von Salvarsan oder dessen chemischen Gruppen in die Milch konnte der Verfasser bei stillenden Frauen nicht feststellen, dagegen in geringen Mengen im Kolostrum.

Weinstock (Charlottenburg).

Marie Lindlau: **Die Wassermannsche Reaktion bei internen Erkrankungen.** Münch. med. Woch. Nr. 44. 1926.

Unter 662 Fällen von luetischen Erkrankungen waren 253 Fälle = 38,2 % mit klinisch reiner Neuro- oder Viszerallues. In 52,6 % lagen luetische Aortenerkrankungen und in 10,3 % der Fälle luetische Nervenerkrankungen vor. Bei der Paralyse war der Blut Wa.-R. in 87,5 %, bei der Tabes in 70,8 % positiv.

In 47,7 % wies nur die positive Wa.-R. im Blute auf die bestehende Lues hin. Pneumonien, Darmkrankheiten, Vergiftungen, Ikterus und Malaria waren mit einem über den Durchschnitt stehenden Prozentsatz an dieser Gruppe beteiligt.

Der Liquor-Wa.-R. war bei der Tabes in 66,1 %, bei der Paralyse in 100 %, bei der Lues cerebri in 100 % und bei der Lues cerebrospinalis in 87,4 % positiv.

Bei der Lues kong. war der Liquor Wa.-R. nur in 60 %, der Blut Wa.-R. in 100 % positiv. *Weinstock* (Charlottenburg).

Glynn, Roberts, Gigland: **Studies in the Wassermann Reaction showing especially the success of the immediate salvarsan and mercury treatment of active syphilis, also the failure of the mercury continuation treatment of Wassermann negative ouiescent syphilis.** (Studien zur Wa.-R., die besonders den Erfolg der unmittelbaren Salvarsan- und Hg.-Behandlung seropositiver Syphilis zeigen ebenso wie die Mißerfolge der fortgesetzten Hg.-Behandlung bei seronegativer ruhender Syphilis. The B. j. o. ven. dis. 1927. 2.

Es handelt sich um einen Bericht der Staatlichen ärztlichen Untersuchungskommission (Nr. 107), der ein Fünftel von 711 Kranken der Kgl. Klinik für Geschlechtskranke in Liverpool umfaßt. Ergebnis: Seronegative latente Lues mit Hg. allein zu behandeln ist falsch. Die (in England sehr beliebten Ref.) Hg.-Tabletten zur inneren Darreichung haben keinen Einfluß auf Wa.-Rezidive. Hg. drückt, ohne die unzugänglichen Spirochäten erfassen zu können, nur die Immunität des Kranken herab, hindert so also die Heilung. Während sich quecksilberfeste Spirochätenstämme bilden können, ist dies dem Salvarsan gegenüber ausgeschlossen. Ein anderer Standpunkt ist dem Hg. gegenüber natürlich bei klinisch aktiver Lues einzunehmen. *Siegfried* (Aachen).

Rocca Giuseppe Cascio: **Über die Reaktivierung der Wassermannreaktion durch unspezifische Proteinreaktionen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1443.

Rocca teilt seine Resultate betreffend die Reaktivierung der Wassermannreaktion durch tiefe intramuskuläre Einspritzungen von 5 ccm Milch bei Individuen mit behandelter Lues latens und Lues congenita mit.

Digitized by Google

Reaktivierung erfolgte bei 36,6 %, also in viel geringerem Prozentsatz als nach Salvarsanpräparaten, welche sogar bis 90,9 % Reaktivierung ergaben. Die Reaktivierung erfolgte aber nach den Milchinjektionen auffallend schnell, im allgemeinen 3—6 Tage nach der Injektion.

Zur Nachprüfung der Mitteilungen von *Felix Klopstock* dehnte *Rocca* seine serologischen Untersuchungen auf 50 Nichtsyphilitiker aus, die wegen verschiedener Affektionen Milchinjektionen erhielten. Bei allen diesen Fällen erhielt er bei wiederholten Untersuchungen während und nach der Behandlung nie eine positive Wassermannreaktion, im Gegensatze zu den Befunden von *Klopstock* und im Einklang mit anderen Untersuchern. Die Proteininjektionen beeinflussen also in keiner Weise die Spezifität der Reaktion. *Fritz Juliusberg* (Braunschweig).

L. Wolpjan: **Der praktische Wert der „biologischen Reaktivierung" der Wa.-R. im Blut bei Syphilis.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. 1927. Nr. 7/8.

Verf. versuchte die Miliansche „biologische Reaktivierung" der Wa.-R. in 98 Fällen, von denen 77 latente Syphilitiker betrafen. Bei 23, d. h. fast 30 %, ergab sich positive Reaktivierung. Am sichersten ist die Untersuchung in der Zeit von 13—15 Tagen nach der N.-S.-Injektion vorzunehmen. Bei allen sicher Nichtsyphilitikern fiel die Reaktion negativ aus.
A. Jordan.

Lanteri Giovanni: **Über einige neuere Modifikationen der Wassermannschen Serumreaktion.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1440.

Nachprüfung der Modifikationen von *Sciarra* (La Medicina Pratica. Fasc. 1. 1927. S. 12) und *Giudiceandrea* (Il Policlinico. Jg. 1927. Bd. 16. S. 559). Nach den Untersuchungen von *Lanteri* sind diese Modifikationen kein Fortschritt. *Fritz Juliusberg* (Braunschweig).

Dermatologie. Therapie.

D. Symmers and *K. M. Lewis:* **The antitoxin treatment of erysipelas (Erysipelbehandlung mit Antitoxin.)** New York. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 11.

Angewandt wurde von Pferden gewonnenes Antitoxin, die durch subkutan injiziertes Toxin immun gemacht worden waren. Im Anfang wurde das Antitoxin intravenös gespritzt. 5 Fälle vertrugen es gut; der sechste zeigte einen anaphylaktischen Shok, von dem der Patient, ein Alkoholiker, sich nach 1½ Tagen erholte. Beim siebenten Fall, einer adipösen Frau, trat unter Zyanose und Lungenödem nach wenigen Tagen der Tod ein. Dagegen wird die intramuskuläre Injektion gut vertragen. Behandelt wurden im ganzen 131 Personen. Verabreicht wurden 25 ccm, in 24 stündigen Intervallen Wiederholung, bis die Entzündung zurückging. Bei einigen Fällen genügte eine Injektion. Nur bei 9 Patienten stellte sich eine Serumkrankheit ein. Erfolge waren zufriedenstellend. Bei 53 % Abkürzung der Krankheitsdauer. Mortalität: 5,3 % (7 Fälle). Bei 107 Fällen ohne Antitoxinbehandlung betrug letztere 11,2 %. Im allgemeinen wurden Gesichtserysipele besser beeinflußt als solche des Stammes und der Extremitäten. Es empfiehlt sich eher große als zu kleine Mengen zu verabreichen.
Röntz (Bonn).

Digitized by Google

F. Callomon (Dessau): **Zur Klinik und Serumtherapie des Erysipeloids.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 6. 1927.

Das Erysipeloid tritt fast immer bei Menschen auf, die mit Fleisch, Wild, Geflügel, Fischen oder Tierkadavern in Berührung kommen. Neben dem Ödem und der erythematösen Rötung des befallenen Gebietes kommen auch häufiger entzündliche Schwellungen der benachbarten Gelenke vor, die oft sehr schmerzhaft sind. Fast regelmäßig handelt es sich um eine humane Infektion mit Rotlaufbazillen. Während unter der bisherigen Therapie mit Ichthyol und Alkoholumschlägen die Symptome sich nur sehr langsam zurückbildeten, gelingt es durch die Anwendung von Rotlaufserum meist schlagartig eine Besserung zu erzielen. Man verwendet dazu Susserin (Höchst), Perleberger Serum oder andere 10—20 ccm subkutan. Gelegentlich kommt es auch bei dieser Therapie zu Rezidiven. Jedenfalls ist wegen der Gefahr der Serumkrankheit stets vorher zu fragen, ob früher schon wegen Diphtherie oder Tetanus Einspritzungen gemacht worden sind. Leichte Erscheinungen an der Injektionsstelle (Ödem und Quaddeln) treten auch bei der erstmaligen Injektion auf, sind aber meist harmlos. *Krüger* (Sagan).

Birkhang, Konrad E.: **VI. Immunization with soluble toxin from streptococcus erysipelatis against recurrent attacks of erysipelas** (Immunisation mit löslichem Erysipelstreptokokken-toxin gegen Erysipel-rezidive). The Journal of the American Medical Association 88, 12.

Der auf dem Douglasschen Nährboden gezüchtete Erysipelstreptokokkus produziert ein lösliches und thermostabiles Toxin in einer Konzentration von 10—50000 Hauttesteinheiten pro Kubikzentimeter. Im akuten Stadium gibt die Haut mit 10 Toxineinheiten positive Reaktion bis etwa zum 10. Krankheitstage, wo die Hautreaktion rapide negativ wird. Mit dem Eintritt der Hautimmunität gegen das Erysipeltoxin verschwindet das Toxin vollständig aus Blutserum und Urin, und es bildet sich eine steigende Menge Antitoxin im Blutserum, die das Erysipelstreptokokken-toxin vollständig neutralisiert. Die aktive Immunität gegen das Erysipeltoxin, die durch das Überstehen der Krankheit erworben wird, verschwindet 6 Wochen nach dem Krankheitsbeginn, wobei die negative Hautreaktion mit 10 Toxineinheiten plötzlich umschlägt. Die Untersuchung des Blutserums zu dieser Zeit ergibt das Fehlen des Antitoxins. Bei häufig rezidivierendem Erysipel tritt das Rezidiv meist gleichzeitig mit dem Wiedererscheinen einer mit 10 Toxineinheiten positiven Hautreaktion auf. Eine aktive Immunisierung gegen rezidivierendes Erysipel durch intramuskuläre Injektion von 500, 5000 und 50000 Einheiten scheint eine starke Steigerung der Antitoxin-konzentration im Blutserum hervorzurufen. Von 24 immunisierten Patienten sind viele, die an häufigen Erysipel-rezidiven litten, dauernd geheilt worden. Die Beobachtungszeit erstreckt sich auf zwei Jahre. *Theissing* (Bonn).

S. Ben Schabetai: **Scharlachserum bei Erysipel.** Münch. med. Woch Nr. 24. 1927.

11 Fälle von Erysipel, darunter 10 Gesichtserysipele, wurden mit intravenöser Einspritzung von 20 ccm des neuen Scharlachheilserums behandelt. Außer Ichthyolsalbe wurde keine örtliche Behandlung durch-

Digitized by Google

geführt. Mit Ausnahme eines Falles, bei dem die Behandlung erst am fünften Tage einsetzte, reagierten alle Fälle durch Fieberabfall und Besserung des Allgemeinbefindens auf das Serum. Besonders auffallend war die Abkürzung des Krankheitsverlaufes. *Weinstock* (Charlottenburg).

H. A. Singer and *B. Kaplan:* **Streptococcus Erysipelatis Toxin and Antitoxin.** Journ. Am. Med. Ass. Bd. 87. Nr. 26. 1926.

Das sterile toxische Filtrat einer Bouillonkultur von Str. erysipelatis besitzt die Eigenschaften eines echten Toxins. Bei Injektion beim Menschen kann es Antitoxinbildung anregen. Dies Immunserum ist kräftiger wirksam als Rekonvaleszentenserum, scheint in seinen Schutzeigenschaften aber vergleichbar mit dem Serum, das von andern Autoren durch die Injektion der Erreger selbst bei Tieren erzeugt wurde. *Memmesheimer* (Bonn).

Baron: **Erfahrungen mit dem Degwitzschen Masernschutzserum.** M. K. 1927. 2.

Obiges anfangs mit großen Hoffnungen begrüßte Heilverfahren hält nur zum Teil, was es versprach; trotzdem aber soll man es weiter prüfen. Auffallend war oft eine Verlängerung der Inkubationsdauer. Serumexantheme traten verhältnismäßig oft auf. Vielleicht muß man noch größere Dosen geben, was aber die Gefahr anaphylaktischer Erscheinungen wieder vergrößern würde. *Siegfried* (Aachen).

R. Tunnicliff and *A. L. Hoyne:* **Prevention of Measles by Immune Goat Serum** (Schutz vor Masern durch Ziegenimmunserum). Journ. Am. Med. Ass. Bd. 87. Nr. 26. 1926.

Durch Maserndiplokokken und deren Filtrate wurden Ziegen immunisiert, man erhielt ein antibakterielles und ein antitoxisches Serum. Mit diesem Serum wurden Kinder von einem Alter von ein Jahr und älter sowie Pflegerinnen, die in ihrer Vorgeschichte keine Masern hatten, gespritzt und dann der Maserninfektion ausgesetzt. Alle Personen, die kein Serum, oder solche, die es erst fünf Tage nach der Infektionsmöglichkeit erhalten hatten, bekamen Masern, während 45 % der Versuchspersonen, die Serum am vierten Tage nach dem Kontakt, und 97 % der Versuchspersonen, die es innerhalb der drei ersten Tage nach dem Kontakt bekommen hatten, frei blieben. Alle Kinder unter ein Jahr, die erst nach dem vierten Tag gespritzt wurden, erkrankten, 89 %, die vor dem vierten Tag behandelt wurden, zeigten keine Zeichen der Erkrankung.

Memmesheimer (Bonn).

J. Liefschütz: **Zur Frage der Behandlung mit Opsonogen einiger Hautkrankheiten.** Med. Obosrenje Nishnejo Powolskja. 1927. Nr. 3/4.

Verf. bestätigt die von anderen gemachten Erfahrungen von der guten Wirkung des Opsonogen bei Pyodermie, Eczema impetiginosum, zuweilen auch bei Sycosis simpl. und Eczema sycosiforme. *A. Jordan.*

Dahmen: **Über klinische Anwendung der Wassermann-Neubergschen Impfstoffe (Immunoide) bei Staphylomykosen der Haut.** M. K. 1927. 47.

Nach den günstigen Ergebnissen der peroralen Immunisierung bei Typhus- und Ruhrprophylaxe hat *V.* sich daran gemacht, auch die Staphylo-Immunoide bei Staphylokokkenerkrankungen der Haut peroral in Anwendung zu bringen. Versuch gelang gemäß beigegebener kurzer Kasuistik

Digitized by Google

bei Schweißdrüsenabszessen, Erysipel, Furunkulose, Impetigo barbae. Die Staphylo-Immunoide sind polyvalente Mischungen von vorsichtig abgetöteten Staphylokokkenstämmen in Tablettenform. Zur Sensibilisierung des aufnehmenden Darmes wird ¼ Stunde vorher Natr. benzoicum in Oblaten oder Geloduratkapseln gegeben. Vielleicht ermöglicht die einfache Art der Medikation, die beliebig lange ausgedehnt werden könnte, auch vor Rezidiven zu schützen *Siegfried* (Aachen).

Tarantelli, E.: **Diagnostischer und kurativer Wert der Streptobazillenvakzine (Dmelcos).** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 391.

Tarantelli hat die Intradermoreaktion nach *Ito-Reenstierna* bei 222 Patienten ausgeführt; er schreibt der Methode unter Umständen eine große diagnostische Bedeutung zu, die allerdings dadurch etwas verliert, daß auch nicht spezifische Reaktionen auftreten, daß die Reaktionen von einer nichtspezifischen Empfindlichkeit abhängig sind und daß sie erst längere Zeit nach der Infektion positiv ausfallen. Seine Behandlungsversuche — intravenöse Injektionen mit der Vakzine „Dmelcos" — ergaben nicht so günstige Heilresultate. Bei einem Falle trat drei Stunden nach der Injektion ein Schock und zwei Tage lang blutige Diarrhöe auf.
Fritz Juliusberg (Braunschweig).

H. Oltramare, J. Golay und *Starobinskij:* **Heilung in einem Fall von Acrodermatitis continua durch Autovakzine.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 4. 1927.

Die Acrodermatitis continua Hallopeau gilt als chronisch und therapeutisch schwer beeinflußbar; in dem vorliegenden Falle gelang die Heilung durch Strepto-Staphylokokken-Autovakzine innerhalb von 6 Monaten. *Zurhelle* (Bonn).

Promptow: **Zur Behandlung des Anthrax beim Menschen mit Antianthraxserum.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 9.

In zwei verzweifelten Anthraxfällen brachte die Injektion von 40 ccm, Antianthraxserums Heilung. *A. Jordan.*

Lanteri Giovanni: **Versuche mit intrakutaner Autovakzinetherapie bei Lepra.** Giorn. ital. di Dermatol. 1926. H. 2. S. 1573.

Lanteri hat bei zwei Fällen von Lepra nach dem Verfahren von *Besredka* eine intrakutane Behandlung mit autogener Vakzine angewendet und nicht befriedigende Resultate erhalten
Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Senin: **Behandlung der Furunkulose und einiger andern, eiternder Hautaffektionen mit Eigenblut.** Klinitscheskaja Medicina. 1927. Bd. 5. Nr. 17.

Die Eigenblutttherapie gibt gute Resultate bei in die Tiefe greifenden, eitrigen Affektionen, wie Furunkulose und Karbunkeln und im Gegenteil weniger gute Resultate bei oberflächlichen Eiterungen, wie z. B. Impetigo. Diese Behandlung ist an sich billig, einfach, steril und der Erfolg tritt ohne unangenehme Nebenerkrankungen, wie ohne lokale und allgemeine Reaktion ein *A. Jordan.*

J. Liefschütz: **Über die Anwendung von Eigenblut bei Hautkrankheiten.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 14.

Versuche mit Eigenblutbehandlung in 31 Hautfällen (13 Fällen von Ekzem, 6 Fällen von Psor. vulg., 2 Fällen von Sykose, 2 Fällen von Pem-

Digitized by Google

phigus und in je 1 Falle von Trichophytia profunda, Hydroadenitis, Erythema exsudat. multif., Erythema toxicum Dermatitis Dühring, Herpes zoster Pityriasis rubra pilaris und Aktinomykosis, ergeben günstige Resultate bei Eryth. exsudativ. multiforum, Erythema toxicum, Herpes Zoster; wie bei Psor. vulg. in Kombination mit lokaler Chrysarobinanwendung (1%), wogegen die Ekzemfälle ungebessert blieben. *A. Jordan.*

Hollander: **Pemphigus: The use of whole-blood transfusion as an aid in therapy.** (P.: Vollbluttransfusion zur Unterstützung der Therapie). The B. j. o. D. a. S. 1927. 11.

Verf. ging bei seinem Vorgehen von der Erwägung aus, daß der P. durch einen sonst harmlosen ubiquitären Saprophyten entstände, der unter gewissen Umständen das Übergewicht über die normalerweise vorhandenen serologischen Schutzmaßnahmen des Körpers gewänne. Dem kranken Körper die fehlenden Schutzstoffe wieder zuführen würde demnach bedeuten, ihm das verlorene Kampfmittel gegen die mutmaßlichen Strepto- oder Staphylokokken oder Baz. pyocyaneus wiedergeben. Daß P. meist bei geschwächtem Organismus auftritt scheint ihm seine Vermutung zu bestätigen. Er hat demnach Transfusionen mit Vollblut, der gleichen Blutgruppe entstammend, vorgenommen, und zwar in etwa wöchentlichen Intervallen je 500—600 ccm. Gelegentlich machte sich dabei starker Fieberanstieg bemerkbar mit Schüttelfrösten, die in 1—2 Tagen wieder verschwanden. Bei alarmierenden Zuständen gab er Morphiumsulphat. Sonstige Symptome waren: Kriebeln in Händen und Füßen, Taubheit in Extremitäten, Herzklopfen, Luftmangel und Zyanose. Dazu sechs Kasuistiken. Fünf Kranke wurden geheilt oder auffallend gebessert, einer ging an interkurrenter akuter Infektion zugrunde.

Siegfried (Aachen).

Menschow: **Psoriasis-vulg. Behandlung mit Eigenblut.** Medicinskoje Obosrenje Nishnejo Powolskjia. 1927. Nr. 7/8.

An der Astrachaner Hautklinik (Dir. Prof. Terentjeff) hat Verf. in 8 veralteten Fällen von Schuppenflechte Eigenblutinjektionen (2 mal in der Woche zu 5—20 ccm. Im ganzen bis zu 30 Inj.) mit Erfolg angewandt. (Leider fielen ebensolche Versuche an der II. Moskauer Hautklinik weniger befriedigend aus. Ref.) *A. Jordan.*

Vorschütz, **Über Eigenbluttherapie.** M. K. 1927. 2.

Nach genauer Erläuterung der der Eigenbluttherapie zugrunde liegenden biologischen Vorgänge, soweit sie heute feststehen, Vorgänge, die im ganzen der unspezifischen Reiztherapie nach hochmolekularen Peptonen ähneln, nur daß sie sie noch übertrumpfen; nach Erläuterung der Technik mit unverändertem Blut und der mit defibriniertem, kommt Verf. auf die einzelnen Indikationen zu sprechen, wobei er obiges Verfahren besonders und warm empfiehlt bei Furunkeln, Karbunkeln, Erysipel, infizierten Wunden, Blutungen verschiedener Art, Gonorrhoeprovokation und bei gynäkologischen Adnexerkrankungen. Das Verfahren wirkt über das vegetative Nervensystem und durch Vermehrung der Globuline im Blut wirkt es immunisierend und gerinnungsverstärkend.

Siegfried (Aachen).

Digitized by Google

Ravaut, P., und *R. Huguenin:* **Hartnäckige Furunkulose. Mißerfolg mit Vakzinetherapie. Besserung durch Eigenblutbehandlung. Heilung durch Heterohämotherapie.** Annales de Derm. et de Syph. Nr. 8/9. 1926.

Beschreibung eines Falles, welcher der Therapie besonders hartnäckig trotzte: Autovakzine bis zu 500 Millionen Staphylokokken half nicht, Eigenblutbehandlung in steigenden Mengen, alle zwei Tage gegeben, bis zu 20 ccm, auch nicht. Erst verschiedene Einspritzungen von fremdem Blut brachten eine Besserung zustande. *Zurhelle* (Bonn).

A. L. Malinin (Saratow): **Über Menotoxikosen und ihre Behandlung mit Eigenblut.** Derm. Woch. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Der Nachweis des hypothetischen menstruellen Toxins ist bisher nicht geglückt, trotzdem dürfte es erlaubt sein von Menotoxikosen zu sprechen, die als Regulationsstörungen der biochemischen Prozesse im Organismus entstehen. Es werden drei Fälle beschrieben, bei denen neben Übelsein und Erbrechen kurz vor und bei den Menses ausgedehnte Aknepusteln im Gesicht und Rücken bestanden. Dieselben wurden mit Eigenblutinjektionen behandelt. Es wurden am Bauch mehrere Depots von 5—6 ccm. Blut subkutan injiziert und die Behandlung mehrere Male wiederholt. Der Erfolg war in allen drei Fällen ausgezeichnet. Nicht nur die subjektiven Beschwerden verschwanden, sondern auch die Dermatose bildete sich zurück und heilte ganz ab. Vorangegangene Salbentherapie war völlig ergebnislos gewesen *Krüger* (Sagan).

Schirjak: **Über Eigenblutbehandlung der Furunkulose.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 4.

Bei 85 Fällen von Furunkulose hat Verf. mit gutem Erfolg jeden 5.—7. Tag Eigenblutinjektionen zu 8—10 ccm gemacht. *A. Jordan.*

Bortolotti: **Die Autoserotherapie des chronischen Ekzems.** Wratschebnaja Delo. 1927. Nr. 5.

Genau nach den Vorschriften von *Castellias* gewann Verf. das Autoserum und spritzte es 11 Kranken mit chronischem Ekzem, jeden 3.—7. Tag, in der Dosis von 1—8 und 10 ccm, unter die Bauchhaut ein. Da von seinen Kranken 5 genasen und 5 gebessert wurden, wobei fast gar keine unangenehmen Reaktionen beobachtet wurden, steht er nicht an, diese Behandlung beim chronischen Ekzem zu empfehlen. *A. Jordan.*

Kuhn: **Die Technik der örtlichen Vakuumimpfung.** M. K. 1926. 51.

Hämorrhagien schützen vor Eiterungen und arbeiten der Entzündung entgegen. Das im Gewebe extravasierte Blut wirkt im Eigenblut als mächtiger Anti- und Schutzkörper, zumal es millionenfach angreift. Verf. will mit seinem Verfahren Furunkel aller Größen meist in einer Saugsitzung mit nachfolgender Hitzebehandlung geheilt haben. Nur über fünfmarkstückgroße Furunkel kommen noch eventuell zur Inzision. Technik genau angegeben. Glocken mit krempenartig verbreitetem Rand. Dichtungsmittel Zinkpaste. Hautfalten vermeiden. Größere Glocken ergiebiger als kleine. Zum Saugen genügt in Privatpraxis gute Rekord- oder Janetspritze. Schläuche mindestens von Katheterdicke. Saugwirkung nie kürzer als ½ Stunde. In dieser Zeit Saugwirkung ansteigen lassen. Bei anzustrebender Maximalsaugwirkung eventuell kurze Narkose.

Siegfried (Aachen).

Digitized by Google

Del Vivo, G.: **Histiogene Immunität nach Besredka und ihre therapeutische Verwendung bei einigen Dermatosen.** (Vorläufige Mitteilung.) Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 1. S. 65.

Kurze Darstellung der Prinzipien der lokalen Immunisierung nach *Besredka*. Versuche an Kaninchen zeigten dem Autor, daß das Vakzinationsvermögen von Filtraten von Bouillonkulturen von Staphylokokken stärker ist bei Anwendung von Umschlägen („pansements specifiques" nach *Besredka*) und bei intrakutaner Injektion, geringer bei subkutaner Einspritzung, gleich null auf peritonealem Wege. Keine Differenz der Vakzinationsfähigkeit zwischen filtrierten und zwischen durch Wärme getöteten Bouillonkulturen. Die Filtrate der Bouillonkulturen sind auch bei Anwendung hoher Dosen nicht toxisch und die Vakzinationsfähigkeit geht nicht verloren, wenn die Infiltrate ½ Stunde auf 120° erwärmt werden. Diese Infiltrate wirken wachstumshemmend auf den spezifischen Keim.

Klinisch ergab die Anwendung der Methode bei einer Reihe staphylogener Pyodermien auch bei gegen andere Mittel resistenten Fällen gute Resultate. *Fritz Juliusberg* (Braunschweig).

Weichhardt (Erlangen): **Über das sogenannte Antivirus von Besredka.** D. m. W. 1927. Nr. 32.

Nach *Besredka* sollen sich in Filtraten von Brühekulturen bestimmter Krankheitserreger ungiftige und hitzebeständige Substanzen vorfinden, welche in vivo et vitro spezifische vorbeugende und heilende Wirkungen auszulösen imstande sind. Verf. weist durch quantitatives Arbeiten mit solchen Gemischen von lähmenden Spaltprodukten nach, daß von spezifisch bakteriziden Einflüssen keine Rede sein kann, sondern daß der Erfolg eine Angelegenheit der Konzentration sei, welche nach ihrer Höhe bald die anregenden, bald die lähmenden Wirkungen derartiger Filtrate in durchaus unspezifischer Weise in Erscheinung treten läßt.

O. Dittrich (Kiel).

Pomuß: **Die lokale Immunisierung der Haut nach Besredka bei pyodermalen Erkrankungen.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 11/12.

In 50 Fällen (Pyodermitis 18, Furunculosis 17, Blepharitis ulcerosa 1, Sycosis simp. 14) wandte Verf. die lokale Immunisierung der Haut nach *Besredka* an, kam aber zum Schluß, daß sie infolge Unbequemlichkeit der Herstellung zu langsamer Wirksamkeit, höchstens nur in den Fällen von Sycosis simpl. Anwendung verdient, welche jeder anderen Behandlung trotzen. *A. Jordan.*

E. Kistjakowski: **Die Behandlung der Rose mit dem Besredkaschen Filtrat.** Wratschebnaja Delo. 1927. Nr. 10.

Trotz der unzähligen bei Rose empfohlenen und alsbald wieder im Dunkel verschwindenden therapeutischen Maßnahmen verdient die kurze Bemerkung des Verf., daß er in 12 Fällen von Erysipel durch Anwendung von Kompressen aus dem Filtrat von Streptokokkenkulturen nach *Besredka* in 20—40 Stunden Sinken der Temperatur und Stillstand des Krankheitsprozesses erzielte, Beachtung. *A. Jordan.*

Kalinin: **Zur Frage der Wirkung der nach der Methode von Besredka bereiteten Staphylokokkenfiltrate.** Journal zur Vervollkommnung der Ärzte. 1927. Nr. 1. (Russisch.)

Digitized by Google

Die Versuche des Verf. mit *Besredka*-Staphylokokkenfiltratkompressen bei Tieren ergaben, daß bereits nach 24 Stunden eine, wenn auch nicht absolute Immunität eintritt. Dasselbe geschieht, wenn auch in schwächerem Grade, bei intravenöser Injektion des Filtrats. In letzterem Fall erweist sich dasselbe aber für die Tiere toxisch. Durch Erwärmung des Filtrats auf 100° C, während 30 Minuten, wird dasselbe jedoch atoxisch, ohne seine immunisierenden Eigenschaften zu verlieren. *A. Jordan.*

Zadek und *Meyer:* **Praktische Ergebnisse mit der Tuberkuloseschutzimpfung nach *Langer*.** D. M. W. 1927. Nr. 11.

Es wurden mit dem *Langer*schen Impfstoff stationäre und ambulante Kinder geimpft. Jedes Pirquet-negativ befundene Kind wurde unmittelbar vor der Impfung mit $^1/_{10}$ mg Alttuberkulin intrakutan nochmals geprüft. Sämtliche Kinder wiesen durchschnittlich 2,4 Monate nach erfolgter Impfung eine positive Tuberkulinreaktion auf. Das Intervallminimum zwischen Impfung und positiver Tuberkulinreaktion betrug 1 Monat, das Maximum 5 Monate. Der die Allergisierung mit dem *Langer*schen Mittel ablehnende Standpunkt verschiedener Forscher beruhe zum Teil auf einer zu kurzen Beobachtungszeit nach der Impfung. Die Verfasser folgern auf Grund ihrer Versuche, daß sämtliche geimpften, nicht natürlich infizierten Kinder nur durch das *Langer*sche Mittel positiv allergisch geworden sind. Die Beobachtungszeit, innerhalb welcher die Kinder der Infektion nach der Impfung ausgesetzt waren, beträgt ½—2 Jahre, die Zahl der Kinder (Säuglinge und Kleinkinder) 37. Interkurrente Krankheiten wie Masern und Keuchhusten konnten den Immunitätsschutz nicht durchbrechen, wie die positiv allergischen Reaktionen bei den Nachuntersuchungen zeigten. *O. Dittrich* (Kiel).

Karl Mezli: **Eine neue Epilationsnadelgarnitur.** D. W. 1927. Nr. 32.

Verf. empfiehlt eine von ihm modifizierte Nadelgarnitur für die Epilation mittels Elektrolyse. Die Metallkabel bestehen aus einer elastischen Metallegierung mit elastischem Überzug, der die Verwicklung der dünnen Drähte verhindert. *Schreyer* (Berlin).

Keropjan: **Zur Frage der Injektion von Medikamenten in die Submucosa der unteren Nasenmuschel.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 4. (Russisch.)

An einem größeren Material der Krassnodarschen Hautklinik hat Verf. die *Polle*schen Versuche mit NS-Injektionen in die untere Nasenmuschel probiert und durch Injektionen von Urotropin, Calc. chlor. u. Br. erweitert, wobei sie sich überzeugen konnte, daß diese Methode einfach, gefahrlos und wirksam ist. *A. Jordan.*

Urbach: **Örtliche Betäubung bei kleinen Eingriffen durch bloße Kompression.** M. K. 1927. 2.

Bei kleinen dermatologischen Operationen auf nicht entzündetem und nicht schmerzendem Grunde (Warzen, Akneknoteninzision usw.) empfiehlt Verf. eine Hautfalte im Gesunden derart zu erheben und fest zu komprimieren, daß die erkrankte Stelle mitten in das blaße Gebiet fällt.

Siegfried (Aachen).

Digitized by Google

Philalethes Kuhn und *F. v. Grundherr:* **Nissotase ein neues Ungeziefervernichtungsmittel.** D. W. 1927. Nr. 31.

Verf. berichten über ein neues farbloses und unbrennbares Ungeziefermittel, das an 50 Fällen mit Erfolg ausprobiert wurde. Versuche ergaben, daß menschliche Kopfläuse nach einer Minute absterben, und die an den Haaren festklebenden Nisse sich gut ablösen. Bei genauer Untersuchung und Urinkontrolle wurden Schädigungen nie beobachtet. Ein weiterer Vorteil besteht in dem geringen und nicht aufdringlichen Geruch, der angenehmen Anwendungsweise und der Sicherheit der Wirkung.

Schreyer (Berlin).

B. Spiethoff: **Die parenterale Alkoholtherapie.** Münch. med. Woch. Nr. 27. 1927.

Den Anwendungsbereich der parenteralen Alkoholtherapie stellen entzündliche Zustände dar, deren Eigenart die Tendenz zur Einschmelzung ist. Der Entzündungsschmerz läßt schnell nach, die Einschmelzung tritt beschleunigt ein und der Krankheitsverlauf wird wesentlich abgekürzt. Aber auch beim Ausbleiben der Suppuration zeigt sich die Alkoholwirkung in einem schnelleren Rückgang des Prozesses. Die Injektionen werden in die Glutäalmuskulatur gegeben, sie sind schmerzfrei. Die Dosierung ist 0,1 ccm abs. Alkohol, der mit sterilem Wasser auf 0,5 ccm oder 1,0 ccm aufgefüllt wird, bei Säuglingen und Kindern 0,02—0,05 ccm. Die Dosis wird solange nicht gesteigert, solange die angestrebte Wirkung eintritt. Als Mindestpause zwischen den Injektionen gelten in der Regel vier Tage. Nebenerscheinungen sind nicht beobachtet worden.

J. Weinstock (Charlottenburg).

H. Beck: **Über lokale Vitaminanwendung bei Hauterkrankungen.** Münch. med. Woch. Nr. 27. 1927.

Ausgehend von dem Gedanken, daß entzündetes Gewebe bei seinem allgemein erhöhten Stoffwechsel auch mehr Vitamine verbrauche, die aus dem Kreislauf nicht herangeschafft werden können, hat *Wilhelm Richter* lokale Vitaminapplikation bei Hauterkrankungen vorgeschlagen. Zu diesem Zwecke wurde das Präparat Vitrisol verwendet, das aus Bestandteilen einer hochvitaminösen frischen Pflanze (Spinat) besteht, die nach einem besonderen Verfahren bearbeitet und die zur Aktivierung einer längeren ultravioletten Bestrahlung ausgestzt sind; ferner wurden geringe Mengen Kalzium, Kalium, Natrium, Magnesium an Phosphorsäure, Salzsäure und Schwefelsäure gebunden und Spuren von Kieselsäure hinzugetan. Außerdem enthält es den Anilinfarbstoff Pyoktanin, der eine besondere Affinität zu geschädigten Geweben hat. Dieses Vitrisol wurde bei Acne vulgaris, Acne rosacea und Lupus vulgaris auf dem Wege der Jontophorese dem Gewebe einverleibt und es ließ sich danach eine günstige Beeinflussung feststellen.

Ferner wurde es bei Ekzemen je nach dem Stadium derselben als Vitrosolzinköl, Vitrosolpaste und Vitrosolsalbe mit zufriedenstellendem Erfolge angewendet. Auch Behandlung der Ulcera cruris mit Vitrosolpaste und Salbe ließ eine günstige Wirkung erkennen.

J. Weinstock (Charlottenburg).

Digitized by Google

Steppert: **Quecksilber als Elterung förderndes Mittel.** Münch. med. Woch. Nr. 14, 1927.

Bei 21 Fällen von eitrigen Prozessen, darunter 8 Karbunkeln, 7 Furunkeln, 4 Panaritien, 1 Nagelpanaritium und 1 Abszeß verabreichte der Verfasser 1 ccm Novasurol intravenös und erreichte damit bei Karbunkeln und Furunkeln eine Steigerung des Exsudationsprozesses mit nachfolgender rascher eitriger Einschmelzung und schnellerer Heilung. Weniger gut waren die Erfolge der Hg-Spritze bei den übrigen Fällen, die keine wesentliche Beeinflussung des Prozesses durch das Hg erkennen ließen.

J. Weinstock (Charlottenburg).

Otto Steim: **Die Verwendung von Kalium permanganicum in stark konzentrierter Lösung.** Münch. med. Woch. Nr. 50. 1926.

Bei Furunkeln, Karbunkeln, Phlegmonen und tieferliegenden Abszessen übt die Pinselung mit einer stark konzentrierten Lösung von Kalium permanganicum (10 : 160) eine fast prompte schmerzstillende Wirkung aus, ebenso tritt oft eine raschere Erweichung als unter Prießnitzschen Umschlägen ein. Auch bei Fissuren der Mamma und am Anus trat schnelle Schmerzstillung und Heilung ein. Bei Erysipel, in hartnäckigen Fällen von Pruritus vulvae et vaginae, Intertrigo und Zervikalkatarrhen, selbst gonorrhöischer Natur hat es sich ebenfalls gut bewährt. Ein Nachteil der Methode ist die Beschmutzung der Wäsche bei Berührung mit der Lösung.

Weinstock (Charlottenburg).

Rödel: **„Ulcerex", ein neues Wundstreupulver zur Behandlung von Ulcera cruris und chronischen Ekzemen.** M. K. 1927, 49.

Das vom „Chemischen Laboratorium Berlin SW 61" hergestellte geruchlose Pulver stellt ein Gemisch verschiedener Wismutpräparate mit steriler Argilla dar. Hauptindikationsgebiet Ulzera und Ekzeme des varikösen Komplexes. Unter 21 Fällen, die mit Ulzerexverbänden behandelt wurden, angeblich kein Versager, darunter alte Fälle. Weiter sollen noch Brandwunden und nässende Ekzeme sich dem U. gegenüber recht dankbar erweisen.

Siegfried (Aachen).

Colman: **„Hekotekt", eine neue Trockenpinselung bei Hautkrankheiten.** M. K. 1927. 36.

Es handelt sich um fabrikmäßig in Tuben hergestellte Trockenpinselungen mit allerlei Zusätzen, wie sie dem Dermatologen geläufig sind. Die Hekotekte enthalten neben Zink, Talk, Glyzerin anstatt Wasser eine besondere Milchemulsion, die ihnen besondere Heilwirkung verleihen soll. Das Medikament soll sich in Tuben sehr gleichmäßig und lange halten, auch bequem auf Reisen sein. Firma: Heko-Werk, Berlin-Grunewald. Verfasser will in allen angewandten Fällen nur Gutes gesehen haben.

Siegfried (Aachen).

Gondolatsch: **Über Kuprokollargol und seine Anwendung bei septischen Prozessen.** M. K. 1927. 13.

K., ein elektrokolloides Kupfer-Silberpräparat der Firma Heyden, kommt gebrauchsfertig in Ampullen in den Handel. Nur intravenös anwendbar wegen Ätzwirkung. Verblüffende Erfolge bei septischen Prozessen aller Art wie Parametritis, Fieber nach Geburt, Osteomyelitis, septischer Endokarditis und (für den Dermatologen) bei Lymphangitis und Erysipel.

Digitized by Google

Bei rechtzeitiger und richtiger Anwendung nie Versager: 50—60 Minuten nach Injektion Schüttelfrost oder auch nur leichtes Fieber oder gar keins von beiden. Temperatursteigerung meistens auf 40°. Während dieser Reaktion Leukozytenverminderung, die später starker Vermehrung weicht. Vorsicht bei schweren Herzinsuffizienzen. Oft soll eine Injektion von 5 ccm genügen. *Siegfried* (Aachen).

Karl Stern: **Staphar in der Kinderpraxis.** Münch. med. Woch. Nr. 40, 1926.

Verfasser verwandte die Maststaphylokokkenvakzine Staphar bei 55 Kindern im Alter von 3½—10 Jahren, die an Furunkeln, Karbunkeln, Pyodermien, Abszessen und impetiginösen Exzemen litten, mit ausgezeichnetem Erfolge. Die angewandten Dosen schwankten zwischen 0,25 und 2,5 ccm Staphar; sie wurden, abgesehen von sehr selten auftretenden geringfügigen Allgemeinerscheinungen, gut vertragen.

Weinstock (Charlottenburg).

Bruck (Altona): **Zur Behandlung des Hautjuckens.** D. m. W. 1927. Nr. 34.

Verfasser hat unter dem Namen „Magnobrol" eine sterile Magnesium-Brom-Glykokollösung herstellen lassen, welche intramuskulär injiziert, sich ihm im Verein mit stomachaler Verabreichung von Magnobrolpulver besonders auf dem Gebiete der nervösen und allergischen Pruritusformen gut bewährt hat. Auch bei den sekundären Juckzuständen der Ekzeme, Neurodermitis, Lichen ruber usw. war, wenn auch nicht so regelmäßig, eine befriedigende Wirkung zu beobachten. Die Methode ist der intravenösen Brombehandlung sowie den lokal angewandten Antipruriginosa nach Ansicht Brucks erheblich überlegen. *O. Dittrich* (Kiel).

Emil Hartmann und *K. K. v. Roques:* **Bromostrontiuran, ein Mittel zur Bekämpfung juckender Hauterkrankungen.** Münch. med. Woch. Nr. 44. 1926.

Das intravenös zu verabreichende Präparat Bromostrontiuran ist ein gutes Mittel zur Bekämpfung des Juckreizes besonders bei Pruritus und Urtikaria. Schon nach wenigen Injektionen tritt nach Stillung des Juckreizes fast in allen Fällen ein Ablassen und Abschwellen der Effloreszenzen ein. *Weinstock* (Charlottenburg).

Ziegelmeyer: **Meine Erfahrungen mit Ilon-Abszeßsalbe.** M. K. 1927. 4.

Diese Salbe des Ilon-Laboratoriums, Freiburg (Baden) besteht aus Ol. oliv., Sebum ovile, Kolofonium, Cera flava, Kanad. Terpentinharz-Komposition, Acid. carbol. und Koniferensprossen-Fluidextrakt. Verfasser hat die Salbe in mehreren 100 Fällen angewandt bei Furunkeln, Karbunkeln, Panaritien, Phlegmonen, Brustdrüsenentzündung, Unterschenkelgeschwüren usw. Er will so gut wie in allen Fällen verblüffende Erfolge gehabt haben, sogar bei Mittelohrentzündungen. Schmerzstillend sofort, schnelle Erweichung der kranken Herde. Operative Eingriffe nicht mehr nötig. Er spricht von „grundlegender Änderung in der Behandlung eitriger Prozesse". *Siegfried* (Aachen).

Bauer: **Über Ilonabszeßsalbe und ihre Verwendung in der kleinen Chirurgie.** M. K. 1927. 28.

Firma: Ilon, Chemische Industr.-Ges. Freiburg i. Br., gab diese Salbe heraus, die als Neuauflage der alten historischen „Zugsalbe" aufzufassen

Digitized by Google

ist. Bestandteile: Öle, Harze und Koniferenextrakt mit Karbol. Empfehlung bei oberflächlichen Entzündungenherden aller Art wie Furunkel, besonders im Gesicht, Panaritien, Phlegmonen. Die Salbe soll schnell schmerzstillend wirken und nekrotisiertes Gewebe schnell zur Abstoßung bringen. *Siegfried* (Aachen).

Schneider: **Über Erfahrungen mit der „Lyssiasalbe".** M. K. 1927, 2.

Nach einer physiologisch-biologisch-chemischen Würdigung der 11 Bestandteile obigen Kombinationspräparates der Chem.-Pharmazeutischen Produkte, G. m. b. H. Wiesbaden, lobt Verfasser die Lyssiasalbe bei Rhagaden der Brustwarzen, hier auch als Vorbeugungsmittel, bei Unterschenkelgeschwüren, bei schweren Verbrennungen, Hämorrhoiden mit Afterjucken und überall dort, wo in kleiner Chirurgie keine exakte Naht angelegt werden kann, also z. B. bei Furunkeln, Phlegmonen.

Siegfried (Aachen).

H. G. Rottmann (Düsseldorf): **Die Teerbehandlung mit „flüssiger Kohle".** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 16. 1927.

Der bisher in der Therapie benutzte rohe Steinkohlenteer leidet an einer verschiedenartigen Zusammensetzung, die bedingt ist durch die Art seiner Herstellung. Die Temperatur in den Koksöfen schwankt zwischen 1100—1400°. Der nach dem Berginsverfahren gewonnene Teer wird unter einheitlichen Bedingungen hergestellt und ist daher in seiner Zusammensetzung konstant. Die Prüfung an der Haut von Gesunden zeigte so gut wie keinerlei Reizerscheinungen. Zu therapeutischen Versuchen wurde sowohl der sogenannte Ausguß, nachdem er von Benzinen und Ammoniak gereinigt war, und ein Destillat desselben angewandt. Die Wirkung auf chronische Ekzeme war recht gut. Beide Teere haben eine antikeratotische und antipruriginöse Wirkung und werden ebenso wie Ol. Lithantracis schon in relativ frühen Stadien des Ekzems gut vertragen, ohne zu reizen. Besonders der destillierte Berginausguß eignet sich zur Anwendung auf große Körperflächen, schmutzt wenig und läßt sich leicht wieder entfernen. Seine Einführung in die dermatologische Therapie wäre zu begrüßen. *Krüger* (Sagan).

Nürnberger: **Desitinsalbe in der Chirurgie.** M. K. 1927. 15.

Desitinsalbe, die eine Mittelstellung zwischen Salbe und Paste einnimmt, hat sich dem Perf. sehr bewährt bei Ulcus cruris, Dekubitalulzeria und Verbrennungen. Erstaunlich rasche Überhäutungen auch bei torpiden Geschwüren, nachdem diese mit Kampherwein vorbehandelt. Vielleicht wirkt Vitamingehalt der Salbe kurativ, Chlorkomponente bakterizid.

Siegfried (Aachen).

E. Goldhammer (Wien): **Ratanhiasalbe als Überhäutungsmittel.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 16. 1927.

Benutzt wurde eine Salbe mit 10% Ratanhiaextrakt und 1% Thymol. Es wurden ausgedehnte Hautnekrosen, Ulcera cruris, Ulcera mollia und Röntgengeschwüre in verhältnismäßig kurzer Zeit zur Epithelisierung gebracht. Die Salbe besitzt einen bedeutenden keratoplastischen Effekt und erzeugt schnell gute und heilbare Narben. Außerdem ist sie billig, schmerzlos und geruchlos. *Krüger* (Sagan).

Digitized by Google

Kirchner: **Zur externen Salizylbehandlung rheumatischer Erkrankungen mit Salurheuma.** M. K. 1926, 26.

Verfasser wendet sich gegen *Zwergs* Begutachtung obigen Mittels in M. K. 46. Er bemängelt den verteuernden Zusatz von Anästhesin, der wohl nur suggestiv auf Ärzte wirken könne, da Anästhetika nur da auf der Haut wirken könnten, wo die zu lähmenden Nervenendigungen frei lägen, also etwa auf granulierenden Wundflächen und Schleimhäuten. Demgegenüber betont *Zwerg: M. K.* **1926, 52,** in einer *„Schlußbemerkung hierzu"*, daß obiger Standpunkt fehl gehe. Nach Unna würden Fettsalben nach Zusatz von Seife oder Salizylsäure durch die Hornschicht der Haut resorbiert. Da Salurheuma Salizyl enthalte, käme auch Anästhesin zur Wirkung, allerdings müsse eine gründliche Massage voraufgehen. *Siegfried* (Aachen).

Lewidow: **Die Anwendung der Henna bei Hautkrankheiten.** Venerologia u. Dermatologia. 1926. Nr. 6.

Das im Orient vielfach zur Haarfärbung benutzte Präparat Henna oder Alhenna erweist sich mit Wasser zu einem Brei angerührt als gutes keratolytisches Mittel bei Hühneraugen und anderen Verhärtungen. Man läßt es 12—24 Stunden wirken und kann die Prozedur nach einigen Tagen wiederholen. *A. Jordan.*

Jung: **Über eine zweckmäßige Form der Kalkdarreichung.** M. K. 1927. 9.

Optisal „Dung" hat sich besonders in der Kinderpraxis therapeutisch sehr bewährt wegen seines angenehmen Geschmacks. Optisal ist zitronensaures Kalium-Natrium aus der Erkenntnis heraus so zusammengestellt, weil schon *Olshausen* glaubte, bei Kalk in Fruchtwässern gegeben besondere Wirkung zu erzielen (Eklampsie). Inzwischen aber zeigte sich, daß nicht sowohl die Fruchtsäfte als das Saponin, das Limonaden gern hinzugesetzt wird zur besseren Schaumbildung, die wirksame Komponente zu sein scheint. Saponin aber, wie es z. B. im Gemüse enthalten ist, sorgt für bessere Nahrungskalkresorption. Nunmehr ist man dabei, ein Optisal-Saponingemenge herzustellen. *Siegfried* (Aachen).

C. H. Welcker (Karlsruhe): **Salbenbereitung.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 13. 1927.

Die Salbengrundlagen sind jetzt wieder in guter Qualität zu haben und der Apotheker hat sein ganzes Augenmerk auf die Verreibung der medikamentösen Zusätze und ihre völlige Einbringung in die Grundlagen zu richten. Häufig wird diesem Vorgang nicht die genügende Aufmerksamseit geschenkt und es resultieren dann Salben, die ungenügend vermischt zind und daher ihrem Zweck auch nicht richtig genügen können.

Krüger (Sagan).

W. Th. Sack (Baden-Baden): **Psychotherapie und Hautkrankheiten.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 1. 1927.

Das Gebiet ist noch Neuland und steht teilweise noch auf sehr schwachen Füßen. Trotzdem ist es erforderlich zu versuchen, in den Mechanismus einzudringen. Es ist ja weiter nicht verwunderlich, wenn die Haut am wenigsten aus dem Oberbewußtsein verschwindet, weil man dauernd imstande ist, ihr optisch, sensorisch und aromatisch zu begegnen. Seitdem es gelungen ist, in Hypnose durch entsprechende Suggestionen Urticaria-quaddeln und Bläschen experimentell zu erzeugen, ist der Zusammenhang zwischen Psyche und Hauteffloreszenzen gegeben. Nicht möglich ist es,

Digitized by Google

bestimmte Psychodermatosen aufzustellen; dagegen empfiehlt sich praktisch die Unterscheidung von pruriginösen und nicht pruriginösen Dermatosen, wobei der Effloreszenzentyp im besonderen Falle eine sekundäre Rolle spielt und teilweise abhängig ist von der Reaktionsweise des einzelnen Individuums. Die pruriginösen Erkrankungen stellen zweifellos das Hauptkontingent psychogener Hautstörungen dar. Die Vorstellung und die Richtung der Aufmerksamkeit auf die Haut sind schon imstande, heftige Juckattacken auszulösen, die manchmal mit sexuellen Empfindungsqualitäten verbunden sind und sogar echte Onanieäquivalente sein können.
Krüger (Sagan).

Karczag und *Csaba:* **Zur Biologie der Tumoren auf Grund von Heilungsversuchen.** M. K. 1927. 37.

Verfasser haben ihre Versuche der Mäusekarzinombehandlung durch elektive Beeinflussung der Tumorglykolyse durch das Fermentgift Zyankalium fortgesetzt. Sie teilten ihre 40 Tumortiere in 3 Gruppen: 1. solche, die mit Zyankalium vorbehandelt wurden, bevor man Tumorimpfung setzte; 2. solche Tiere, bei denen Zyankalium erst am Tage der Tumorübertragung in steigenden Dosen zur Anwendung kam und 3. in nur mit Tumor geimpfte Kontrolltiere. Folgerungen sind, daß Zyankalium tiefgreifende Veränderungen im Stoffwechsel der Tumoren hervorruft, indem bösartige Tumoren in harmlose übergehen. Zyankaliumtiere erreichten 2—3fache Lebensdauer der Kontrolltiere. Am dankbarsten erwies sich Gruppe 1. Die anfänglich vergrößerte Sterblichkeit der nachbehandelten Gruppe 2 legte sich, als nach Giftgewöhnung die Tiere mit größeren Giftdosen behandelt werden konnten. Sicher geheilt wurden 18%. Alle Kontrolltiere gingen ein. *Siegfried* (Aachen).

W. Steimann: **Die Reposition der Paraphimose.** Münch. med. Woch. Nr. 45, 1926.

Der Verfasser empfiehlt folgende Methode zur Resposition: Man ergreift die Eichelspitze mit dem Zeigefinger und Daumen der linken Hand und zieht den Penis kräftig lang. Mit der Rechten massiert man das Ödem der Eichel und der Vorhaut eventuell unter kalten Kompressen fort. Unter dem starken Zuge ist die Corona glandis fast verstrichen. Dann faßt man den Penisschaft kurz hinter dem Schnürring stark umklammernd mit der Faust und schiebt die Vorhaut mit kräftigem kurzen Ruck nach vorn.
Weinstock (Charlottenburg).

G. Baumm: **Zur Reposition der Paraphimose.** Münch. med. Woch. Nr. 51. 1926.

Verfasser stimmt mit *Steimann* darin überein, daß die Reposition der Paraphimose unblutig geschehen müsse. In der Technik allerdings weicht er insofern ab, als er den Penisschaft nicht so stark anzieht. Er faßt mit der ganzen Faust von vorn und drückt kräftig das Ödem hinter den Schnürring zurück. Dann faßt er den Penis an Glans und Präputium so, daß die beiden Daumen auf der Spitze der Glans einerseits, beide Zeige- und Mittelfinger hinterm Präputium andererseits liegen und reponiert dann mit Leichtigkeit. *Weinstock* (Charlottenburg).

Libowitz: **Die Behandlung von frischen Wunden mit Perfibrin.** M. K. 1927. 21.

Verfasser hatte Gelegenheit an 200 Fällen der Holzbearbeitungsindustrie mit Fräswunden und meist Fingerknochendurchschneidungen

Digitized by Google

das Perfibrin auszuprobieren, und zwar nicht in allgemeinen Einspritzungen, sondern indem er es zur Blutstillung direkt in die Bruchstellen injizierte als Suspension in sterilem Olivenöl. Verf. empfiehlt das Verfahren warm, da es erstens direkt blutstillend, dann aber auch sehr heilungsbeschleunigend wirkt. Druckverband nicht nötig gegen Blutstillung.

Siegfried (Aachen).

L. Tommasi: **Die kombinierte Behandlung des Lupus erythematosus mit Gold- und Salvarsanpräparaten.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1461.

Unter Hinweis auf die guten Behandlungsresultate nach Gold- und nach Salvarsanbehandlung bei Lupus erythematosus berichter *Tommasi* über seine Ergebnisse bei gleichzeitiger Gold- und Salvarsantherapie. Beide Präparate wurden entweder abwechselnd injiziert oder Serien des einen Präparates folgten Serien des anderen. Die Behandlung wurde sehr gut vertragen. Offenbar gestaltet die Salvarsanbehandlung den Erfolg stärker und erhöht auch die Toleranz gegen das Gold. Nach den Ergebnissen von *Tommasi* stellt diese kombinierte Behandlungsweise zur Zeit die beste Behandlungsform für den Lupus erythematosus dar. Offenbar ist die von ihm gewählte Kombination zweckmäßiger als die gleichzeitige Injektion von Gold-Salvarsanpräparaten.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

A. Stein: **Zur Behandlung des Lupus erythematodes.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 13/14.

Verfasser hat die alten Hebraschen Mittel Jod und Arg. nitricum zu folgender Salbe vereinigt:

Jodi puri	0,06—0,3
Arg. nitrici	0,2—1,0
Vaselin. amer. fl. . .	30,0

und hat bei regelmäßiger Anwendung derselben im Laufe von $1^1/_2$ bis 3 Monaten und bei gleichzeitiger innerer Verordnung von Chinin. muriat. gute Resultate bei Lupus erythem. erzielt. *A. Jordan.*

Cattaneo, L.: **Das Krysolgan und seine Verwendung für die Behandlung des Lupus erythematosus.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 328.

Nach den Erfahrungen von *Cattaneo* kann das Krysolgan bei den Formen des Lupus erythematosus gute Resultate geben, wie die graue Salbe (*Campana*), die Arsenobenzole (*Leredde, Piccardi, Ravaut*), das Neoargyrol (*Rabaudi*), das Neosalvarsan (*Ritter*). Seine Anwendung sollte sich beschränken auf die Formen des generalisierten Lupus erythematosus, bei denen die Therapie an wirksamen Mitteln arm ist, und auf lokalisierte Formen, bei denen die Kryotherapie und die Röntgenbehandlung vergeblich war. Das Krysolgan ist keineswegs ein ganz sicheres Mittel für alle Fälle von Lupus erythematosus und kann zu schweren Nebenerscheinungen führen. *Fritz Juliusberg* (Braunschweig).

R. Porcelli: **Über die Natur und Behandlung des Lupus erythematosus.** Giorn. ital di Dermatol. 1927. H. 2. S. 357.

Porcelli hat bei Lupus erythematosus und bei tuberkulösen Hautaffektionen in dem Bestreben, die durch die intravenösen Goldeinspritzungen öfter vorkommenden allgemeinen toxischen Wirkungen zu ver-

Digitized by Google

meiden und den heilenden Einfluß des Goldes zu erhöhen, vermittelst Jontophorese Gold in die Krankheitsherde eingeführt, wie er es in ähnlicher Weise schon bei Epitheliomen getan hatte (Actinotherapie. 1925. Vol. 1). Dieselben guten Resultate erhielt er, wenn er die mit dünnen Goldlamellen bedeckten Herde mit Röntgenstrahlen behandelte. Diese Resultate widersprechen nicht den chemo-therapeutischen Wirkungen des Goldes, aber scheinen zum größten Teile auf den von den Goldpartikelchen ausgehenden Sekundärstrahlen zu beruhen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

P. Tarchini: **Über die Behandlung des Lupus erythematosus.** Giorn. ital die Dermatol. 1927. H. 2. S. 352.

Übersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden des Lupus erythematosus nach den Erfahrungen an der Universitätsklinik zu *Bologna*. Der Verfasser betont die in den letzten Jahren gemachten Fortschritte in der Behandlung des Lupus erythematosus; doch kommen, vielleicht durch die besondere Konstitution des Patienten und Ursachen, die wir noch nicht kennen, Fälle, allerdings in sehr beschränkter Zahl, vor, bei denen die bisher bekannten Behandlungsmethoden nicht zum Ziele führen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

E. Freund: **Über weitere Erfahrungen mit Goldpräparaten bei der Behandlung des Lupus erythematosus.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 311.

Freund, der vor einem Jahre über 10 mit Krysolgan behandelte Fälle von Lupus erythematosus berichtet hat, verfügt jetzt über 26 mit Goldpräparaten (Krysolgan, Triphal, Aurophos, Sulfoxylat I und Neocrisol I.C.I) behandelte Fälle, von denen 3 wegen der erst begonnenen Behandlung ausscheiden. Von den 23 Fällen wurden 12 geheilt, 5 wesentlich und 3 nur leicht gebessert. Kein Resultat bei 3 Fällen. Die besten Resultate ergaben Fälle von rein hyperämischen Typus, während hyperkeratotische Formen sich gegen die Goldkuren widerstandsfähiger zeigten. Keine Nebenerscheinungen mit Ausnahme einer leichten Albuminurie und einem leichten Übelbefinden bei zwei mit Krysolgan behandelten Fällen. *Freund* kann nicht entscheiden, welches Präparat das wirksamste war, da die einzelnen Fälle einen ganz verschiedenen Charakter und eine ganz verschiedene Dauer und wahrscheinlich eine verschiedene Ätiologie aufwiesen. Er erwähnt weiter einen Fall von Lupus vulgaris, bei dem ein sehr gutes Resultat nach einer Pyotropin-Aurophosbehandlung und eine Heilung durch Arsenbenzol bei einem gegen Goldpräparate refraktären Falle. Er erwähnt die neuen Erfahrungen von *Feldt*, der die Goldpräparate bei Febris recurrens, Streptokokkämie, der experimentellen Syphilis der Tiere und der multiplen Sklerose wirksam fand und schließt, daß die Behandlung mit Goldpräparaten für den Lupus erythematosus die Therapie der Wahl sei.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

D. Majocchi: **Die Behandlung des Lupus erythematosus mit Pflastern und Salben.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 350.

Von Pflastern kommen Resorcin-, Salicyl- und Quecksilberpflaster in Betracht, von denen das erste den Vorzug verdient. Von Salben verwendete *M.* Lithargyrum- und Zinkoxydsalben, besonders die ersteren. Durch die Pflaster wird eine reaktive Dermititis verursacht, die durch Anwendung der Salben im richtigen Momente zu unterbrechen ist.

Digitized by Google

Die kongestiven Formen sind wegen der Gefahr einer zu starken empfindlichen Reizung weniger geeignet für eine Pflasterbehandlung. Die fixen Formen (L. eryth. perstans) lassen sich besser beeinflussen, als die des L. eryth. volatilus. Die squamösen Formen geben bei dieser Behandlung gute Resultate.

Die Pflaster sind nicht täglich zu wechseln, sondern sollen möglichst 8—10 Tage liegen bleiben; beim Pflasterwechsel ist der Hautzustand aufmerksam zu kontrollieren. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Osawa und *Nojima:* **Sympathektomie an Leprakranken.** D. m. W. 1927. Nr. 2.

Die Operationen beziehen sich auf einen Fall vom Stumpfgeschwür der linken Hand, linksseitiger Ulnarisneuralgie, Geschwür des rechten vierten Fingers und 2 Fälle von Mal perforant der rechten Fußsohle. Ein Todesfall wegen septischer Blutung aus der infizierten Operationswunde nach Sympathektomie der A. femoralis. Operationserfolge: Hyperämie und Wärmegefühl, erhebliche Förderung der Heilung der Geschwüre, bessere Heilungstendenz nach der Operation aufgetretener Traumen als vorher. An der leprösen Hyp- und Anästhesie konnte durch Sympathektomie keine Besserung erzielt werden. *O. Dittrich* (Kiel).

Buchbesprechungen.

Th. Lewis: *Die Blutgefäße der menschlichen Haut und ihr Verhalten gegen Reize.* Autorisierte Übersetzung von *E. Schilf.* Berlin 1928. S. Karger. Preis brosch. 22 Mk., geb. 24 Mk.

In dem vorliegenden Werke gibt der englische Forscher einen zusammenhängenden und geordneten Überblick über seine seit 11 Jahren an den Hautgefäßen durchgeführten Untersuchungen. Von der einfachsten Reizreaktion (der Weißreaktion) geht er zur Besprechung der Rotreaktion, dann zur Quaddelentstehung und der hier mitwirkenden Mechanismen über. In Übereinstimmung mit *Ebbecke*, der auf deutscher Seite diese Probleme besonders eingehend studiert hat, nimmt er an, daß auf Hautreize hin von den Gewebszellen und vor allem von den Epidermiszellen Stoffe sezerniert worden, die ähnlich wie Histamin auf die kleinen Gefäße der Haut wirken. Er bezeichnet die Stoffe als H-Substanz. Diese Befunde haben neben der ihnen vom Verfasser zugeschriebenen Bedeutung großes Gewicht für die Frage der Esophylaxie, bei der wir ebenfalls eine Sekretion von Stoffen vom Epithel aus in den Körper hinein annehmen. Das Studium des Werkes ist wegen der pathophysiologischen Wichtigkeit der Vorgänge für den Dermatologen von größtem Wert. Bei der klar geschriebenen Schilderung gibt es keine Schwierigkeiten. Wieder einmal wird uns gezeigt, wie bei geistvoller Anwendung einfachster Untersuchungsmethoden sich komplizierte Vorgänge analysieren lassen, und daß es nicht immer einer kostspieligen Apparatur bedarf, um Neues zu finden.

Memmesheimer.

J. Darier: *Précis de Dermatologie.* 4. vermehrte Auflage. Paris 1928. Masson et Co. Geb. 100 Fr.

Das *Darier*sche Lehrbuch, das schon bei seinem ersten Erscheinen im Jahre 1908 berechtigtes Aufsehen erregte, weil es die gesamte Dermatologie

Digitized by Google

von zwei verschiedenen Gesichtspunkten, einmal von dem der für die Differentialdiagnose so wichtigen Morphologie und dann von dem die Ätiologie berücksichtigenden Standpunkt der Nosologie, knapp und ungemein klar darstellte, hat seitdem 3 weitere Auflagen erfahren. Schon bei der ausführlichen Besprechung der 3. Auflage vom Jahre 1923 (s. diese Ztschr. Bd. 41, S. 186) habe ich die großen Vorzüge des inzwischen so reich ergänzten und dem Fortschritt der Wissenschaft in bewundernswerter Weise angepaßten Werkes hervorgehoben, das nicht nur dem Studierenden und jungen Dermatologen ein guter Führer, sondern auch dem Erfahrenen eine nie versiegende Quelle neuer Belehrung ist. Die erstaunliche Universalität dieses Meisters der französischen dermatologischen Schule, seine ungemein vielseitige persönliche Erfahrung und weitgehende Kenntnis auch der auswärtigen Literatur kennzeichnen auch die 4. Auflage, die um mehr als 100 Textseiten und eine Anzahl instruktiver Abbildungen vermehrt ist. Was aber besonders in Erstaunen setzt, ist die nimmer erlahmende Arbeitskraft, mit der nicht nur allenthalben neueste Fortschritte unserer so schnell sich entwickelnden Spezialwissenschaft in den alten Text eingeflochten sind, sondern auch allgemeine Darstellungen, die in knappester Form und leicht verständlicher Weise die schwierigsten Fragen übersichtlich behandeln. So sind vor allem die Kapitel über das Terrain und die Disposition, die Idiosynkrasie und ihre Beziehungen zur Allergie, die Sensibilisierung und Desensibilisierung neu bearbeitet, ebenso das Kapitel über filtrierbare Virusarten. Viele andere Abschnitte, wie die über Erytheme, Urticaria, Purpura, Ekzem, Erythrodermien, Aktino- und Toxidermien, Prurigo, Syphilisbehandlung und Hautkrebse haben eine gründliche Umarbeitung und Ergänzung erfahren. Neben den Lehren der französischen Schule sind auch andere Ansichten mit großem Verständnis berücksichtigt. Die kurze, alles Wesentliche berücksichtigende Darstellung der geweblichen Veränderungen, auch in bildlicher Form, wie sie nur ein so souveräner Beherrscher der Dermatohistologie geben kann, bleibt ein ganz besonderer Vorzug des Buches, das auch durch seine treffliche Ausstattung und seinen im Verhältnis zu seinem reichen Inhalt geringen Preis ausgezeichnet ist.

So ist es kein Wunder, daß dieses Werk sich weit über die Grenzen Frankreichs hinaus großer Beliebtheit und Verbreitung erfreut und in andere Sprachen mehrfach übersetzt worden ist. Auch bei uns wird die neue so ungemein bereicherte Auflage, durch deren vollendete Darstellung sich der Autor selbst ein Denkmal gesetzt hat, wieder viele Freunde finden, da sie nicht nur in klarster, geradezu klassischer Knappheit das große Gebiet, einschließlich der Therapie (Memento thérapeutique), vollkommen darstellt, sondern auch dem Erfahrensten immer wieder neue Belehrung und Anregung bringt; legt doch *Darier* auch darauf besonderen Wert, Lücken in unserem Wissen aufzudecken und dadurch neue Bearbeitung noch ungelöster Probleme zu erleichtern. Die erstaunliche Arbeitsfülle, die in diesem anscheinend so leicht und flüssig geschriebenen Werke steckt, wird dem Autor überall reichste und wohlverdiente Anerkennung bringen und ihm noch mehr als schon vorher den Ruf eines Magister mundi dermatologici sichern. *E. H.*

Digitized by Google

Personalien und Tagesnachrichten.

Prof. *Zinsser* ist für das nächste Rektoratsjahr zum Rektor der Universität Köln gewählt worden.

Der Oberarzt der Strahlenabteilung der Universitäts-Hautklinik Breslau Dr. *Hans Martenstein* ist zum nichtbeamteten a. o. Professor ernannt worden.

Dr. *Schmidt-La Baume* und Dr. *Herrmann*, Assistenten der Universitäts-Hautklinik in Frankfurt a. M., haben sich für Dermatologie habilitiert.

Prof. Dr. *Leopold Freund* (Wien) feierte am 5. April seinen 60. Geburtstag.

Die Vorschlagsliste zur Besetzung des dermatologischen Lehrstuhles in *Innsbruck* lautete: *Kumer* (Wien), *Miescher* (Zürich), *Siemens* (München).

Prof. *Wagner v. Jauregg* tritt im Herbst dieses Jahres von der Leitung der psychiatrischen Klinik in Wien zurück.

Im englischen Unterhaus ist ein Gesetzesvorschlag, der die *zwangsweise Behandlung der Geschlechtskrankheiten* einführen sollte, mit 156 gegen 93 Stimmen abgelehnt worden. Unter den Gegnern befanden sich auch mehrere Ärzte.

Eine *deutsch-russische Syphilis-Expedition* wird für 1928 von der Notgemeinschaft der deutschen Wissenschaft unter Mitwirkung des russischen Volkskommissariats für Gesundheitswesen durchgeführt, nachdem *Wilmans* und *Stühmer* schon vor 1½ Jahren Vorarbeiten über die Wahl des Sitzes angestellt hatten. Als Arbeitsplatz ist zunächst ein Ort östlich des Baikalsees, der über ein größeres Krankenhaus verfügt, gewählt, die Notgemeinschaft rüstet die Expedition mit Instrumenten und Laboratorien aus. Es soll der Verlauf der Syphilis und ihre Behandlung unter primitiven Verhältnissen und im Vergleich zum Verlauf der durch die Kultur beeinflußten Syphilis studiert werden. Prof. *Jeßner* in Breslau ist als Führer in Aussicht genommen, und als Mitglieder Dr. *Patzig*, Assistent am Forschungsinstitut für Hirnforschung, die Privatdozenten *Beringer* und *Klopstock* sowie als klinische Laborantinnen Frau Dr. *Klopstock*, Frau Dr. *Patzig* und Fräulein *Weichenhan*. Von russischer Seite sind ebenfalls eine größere Anzahl Vertreter der verschiedenen in Betracht kommenden Fächer als Mitglieder der Expedition ausersehen.

Die *erste internationale Lichtforschungstagung* (Physik, Biologie, Therapie) in Lausanne und Leysin findet nunmehr vom 10. bis 13. September 1928 statt. Über die obengenannten Gebiete sind 18 Vorträge vorgesehen und als Vortragende namhafte Gelehrte aus der Schweiz, Frankreich, Amerika, Dänemark, Deutschland, England, Österreich, Belgien und Italien gemeldet. — Am 13. September wird die Gesellschaft anläßlich der 25jährigen Tätigkeit von *Rollier* auf dem Gebiete der Heliotherapie in Leysin tagen.

Anmeldungen zur Teilnahme sind an Prof. *Rosselet* (Lausanne) zu richten; ausführliches Programm durch Privatdozent Dr. *Peemöller*, Hamburg, Eppendorfer Krankenhaus, zu erhalten.

Der 25. Wiederkehr der *Begründung der experimentellen* Syphilis durch *Metschnikoff* und *Roux* (28. 7. 1903) gedenkt der erste Originalartikel dieses Heftes.

Digitized by Google

I.

Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen.

XIX. und XX.

Familiäre Onychomykosis trichophytina [1]).

Von

Prof. JULIUS HELLER,
Charlottenburg.

Die Seltenheit der Onychomykosis trichophytina läßt immer wieder daran denken, daß zu ihrer Entstehung ganz besondere uns noch unbekannte Bedingungen gehören müssen. Da die Nägel mit den übrigen infizierten Hautstellen bei allen Schimmelpilz-Erkrankungen stetig in Berührung kommen, da sie andererseits, wie die Infektionen beweisen, keine Immunität der Ansteckung gegenüber besitzen, so bleibt nur übrig anzunehmen, daß die Nägel nur in *den* Fällen erkranken, in denen sie infolge ihres anatomischen Baues oder ihrer besonderen chemischen Zusammensetzung passende Ansiedlungsbedingungen für die Krankheitserreger bieten. Von diesem Gesichtspunkt aus sind die familiären Onychomykosen theoretisch wichtig. Es wäre ja denkbar, daß in Familien die supponierte Eignung der Nägel für die Ansiedlung von Trichophyten erblich sein könnte. Die Erblichkeit bestimmter Nagelerkrankungen ist ja eine längst bekannte Tatsache. Ich habe bisher folgende Fälle familiärer Onychomykosis trichophytina aus der Literatur feststellen können:

1—4. 2 Schwestern: *Köbener*[2]) *H. C. Semon, Pernet, Vigonola Lutati* (Referat Derm. Woch. 1917).
5. 3 Geschwister: *Scholz* und *Doebel.*
6—7. Mutter und Kind: *Hilton-Fagge, Moberg.*
8. Mutter und 2 Kinder: *Frèche.*
9. Mutter und 3 Kinder: *Tschernoguboff* (Referat Zentr.-Bl. Hautk. 1928, Februar, S. 807).

---

[1]) Krankervorstellung in der Berl. Derm. Gesell. 13. III. 1928.

[2]) Literaturangaben soweit nicht besonders erwähnt bei *Heller*, Krankheiten der Nägel. II. Aufl. 1927.

Digitized by Google

10. Mutter, deren Schwester und Vater, 2 Kinder: *Frèche.*
11. Vater, 2 Töchter, 2 Söhne: *Heller* (folgender Fall). Zu dem letztgenannten Falle will ich die 2 Schwestern vorstellen.

Die beiden jetzt 31 und 29 Jahre alten Patientinnen geben übereinstimmend an, daß die Nagelkrankheit bei ihnen in der Kindheit entstanden ist. Sie stammen aus einem Dorfe Ostpreußens, ihr Vater war Hilfsförster, der selbst etwas Viehwirtschaft hatte. Er scheint zuerst an der Nagelerkrankung gelitten zu haben. Die Mutter blieb völlig verschont; von den neun Geschwistern erkrankten vier an der Nagelaffektion. Nach brieflichen Mitteilungen sind zurzeit sowohl der Vater als die beiden Brüder, die jetzt 18 und 34 Jahre alt sind, von den früher vorhanden gewesenen beträchtlichen Krankheitserscheinungen geheilt. Eine besondere fachärztliche Behandlung hat bei diesen drei Kranken nicht stattgefunden. Der Beginn der Erkrankung soll bei allen vier Geschwistern zwischen dem 7. und 12. Lebensjahre gelegen haben. Jedenfalls waren sie alle während der Schulzeit erkrankt. Es soll auch bei allen die Haut des Handrückens und der Handfläche stark befallen gewesen sein. Die Hauterkrankungen schwanden im 16. bis 18. Lebensjahre der Schwestern. Die ältere Schwester hat festgestellt, daß ein Teil der Nägel gesund blieb, andere erkrankten und wieder heilten. Zurzeit sind nur L I, R II + III, allerdings recht typisch, affiziert. Bei der jüngeren Schwester sind auch jetzt noch *alle* Nägel der Finger Sitz der Erkrankung. Die Zehennägel zeigen uncharakteristische Schuhdeformitäten.

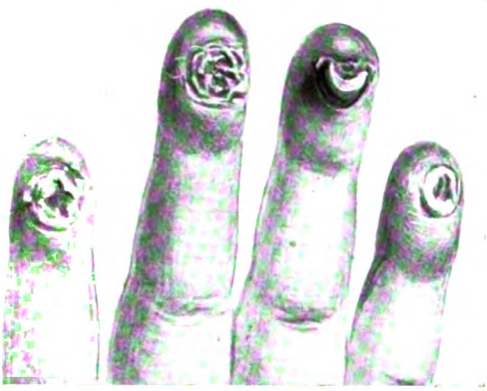
Eine genaue Beschreibung der Nagelaffektion erübrigt sich. Die Behandlung (totales Abfeilen der Nagelplatten und abwechselnd Jodtinktur und Anthrasol-Salyzilöl zur Pinselung) hat das Krankheitsbild zurzeit so modifiziert, daß man mit einiger Reserve—Rückfälle sind ja nicht ausgeschlossen—von einer Heilung sprechen darf. Das mikroskopische Bild (Befund zahlreicher Myzelfäden und endogener Sporen), ist das gewöhnliche. Herr Oberarzt Dr. A. *Alexander*, Charlottenburg, hat Kulturen angelegt, die sehr langsam wuchsen und schließlich *Trichophyton faviforme* ergaben. Nach der Zusammenstellung in meinem Buche sind in der Literatur 54 Reinkulturen von Onychomykosis trichophytina bekannt. Dazu kommen noch zwei Fälle des Herrn *A. Alexander* (Tr. gypseum und Tr. rosaceum). Ein *Trichophyton faviforme* ist aus den Nägeln in diesen 57 Fällen bisher noch nicht gezüchtet worden.

Digitized by Google

XX.

Gibt es eine auf die Nägel beschränkte „Acrodermatite continue chronique suppurative Hallopeau"?[1])

Die 8jährige Patientin ist die Tochter eines brasilianischen Großkaufmanns aus Santo Paulo. Das Kind ist bereits einer sehr großen Zahl amerikanischer und einer noch viel größeren europäischer Fachautoritäten demonstriert worden. Die Untersuchung hat sich auf alle nur möglichen ätiologisch in Frage kommenden Faktoren erstreckt: Chemismus und Histologie aller Exkrete sowie des Blutes, Grundumsatzbestimmung, bakteriologische und mikroskopische Prüfung und Kultur; kurz alles, was die moderne Wissenschaft an diagnostischen Hilfsmitteln



Chronisches mit akuten Schüben verlaufendes Nagelekzem. (Acrodermatite continue chronique suppurative Hallopeau?)

besitzt, ist zur Verwendung gelangt. In den letzten Jahren haben sich einige Fachautoritäten dahin entschieden, daß die in Schüben auftretende, zu lokalen Eiterungen führende, eine erhebliche Deformierung der Nägel bewirkende Erkrankung als Hallopeausche Dermatose anzusprechen ist. Die Diagnose hat manches für sich, es fragt sich aber, gibt es Fälle, in denen die Acrodermatite continue chronique suppurative, die sich im Verlaufe von mehreren Jahren ausschließlich auf die Nagelphalanx lokalisiert? Ein derartiger Fall ist, soweit ich die Literatur kenne, nicht beschrieben. Nun gibt es aber eine andere Krankheit, von der wir wissen, daß sie sich jahrelang auf das Nagelorgan beschränken kann; es ist dies das *lokalisierte seborrhöische Nagelekzem*, das sowohl die akuten entzündlichen Schübe

[1]) Demonstration der Berl. Derm. Gesell. 8. V. 1928.

Digitized by Google

der Erkrankung als auch die bleibende in der Abbildung deutlich erkennbaren Nageldeformierungen hervorruft. Für diese meine Ansicht spricht die Tatsache, daß der jugendliche Vater der Patientin bereits stark gelichtetes Haupthaar mit beginnender Glatzenbildung zeigt. Befund und Entwicklung sprechen bei diesem Herrn für eine seborrhöische Ätiologie. Der Herr gab an, daß ein vorzeitiger Haarverlust wiederholt in seiner Familie vorgekommen ist, wenn auch die Feststellung keine große Schlagkraft hat, so spricht sie doch für die ekzematöse Natur der Nagelerkrankung der kleinen Patientin. Eine Entscheidung kann nur durch eine lange Beobachtung getroffen werden, die mir nicht möglich ist, da die Patientin nach Brasilien zurückkehrt.

II.

(Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Kasaner Staatl. Instituts für ärztliche Fortbildung [Vorstand: Prof. *M. S. Pilnow*] und dem Katheder für Mikrobiologie an der Kasaner Universität [Direktor: Prof. *W. M. Aristowsky*].)

Zur Behandlung der Frühsyphilis mittels Impfung mit europäischem Recurrens (Stamm Aristowsky).[1])

Von

A. WAINSTEIN und S. GOLOSSOWKER

(Kasan, U. d. S. S. R.).

Der unbefriedigende Erfolg, den die sog. „spezifischen" Mittel im Kampf mit der Syphilis, insonderheit der Metasyphilis aufzuweisen haben, nötigt zu ständigem Suchen nach neuen therapeutischen Bahnen. Schon den älteren Klinikern war die gute Wirkung, die die zufälligen Infektionen, Eiterungsprozesse der Haut mit hoher Temperatur, Trockenluftbäder, Transpirieren u. s. w., kurz alles das, was jetzt unter der Bezeichnung der unspezifischen Therapie zusammengefaßt wird, auf die klinischen Symptome der Syphilis ausüben, wohlbekannt.

Die Priorität in der Anwendung der unspezifischen Therapie bei *Metasyphilis* gebührt von Rechts wegen dem russischen Arzt *Rosenblum*, der während der Rückfalltyphusepidemie 1874 12 Paralytikern Recurrens einimpfte. Unter den damals bestehenden russischen Zuständen konnte ein der-

[1]) Vortrag auf der 103. wissenschaftlichen Versammlung der Institutsärzte am 6. März 1928.

Digitized by Google

artiger Versuch natürlich nicht an die breite Öffentlichkeit gebracht werden. 1887 impft der Wiener Psychiater *Wagner-Jauregg* Paralytikern Malaria ein, arbeitet lange Jahre an dieser Methode, und seit 1917 gewinnt die Malariaimpfung bei P. P. weite Verbreitung in den Kliniken des Westens und hierzulande. 1920 impften *Plaut, Steiner* und *Mühlens* Paralytikern mit Erfolg Recurrens ein. Gegenwärtig erfreut sich die Infektionsfiebertherapie der Metalues mittels künstlicher Malaria- und Recurrensimpfungen allgemeiner Anerkennung, um so mehr als sie bei P. P., die für unheilbar galt, durchschnittlich bis zu 30% vollständiger Genesung gibt. Die Literatur zu dieser Frage ist zu unerhörtem Umfange angewachsen. Es genügt zu sagen, daß *Ruge* in seiner Übersicht „Die Behandlung der Syphilis mit Malaria" ein Literaturverzeichnis bringt, das zirka 400 Arbeiten umfaßt. Wenn die unspezifische Therapie bei der Metalues sich allgemeine Anerkennung erworben hat, so fängt sie bei der *Frühsyphilis* erst nur an sich Bahn zu brechen. Der Urheber dieser Therapie ist der unlängst verstorbene *Kyrle*. Nachdem er mit einem gewissen Erfolg die Arthigon-, Mirion- und Milchinjektionen bei Frühsyphilis versucht hat, geht er zu Malariaimpfungen über. Die unbestreitbare Tatsache des Eindringens der Spirochaeta pall. in die Gehirnhäute noch im Primärstadium der Syphilis, die schwache Permeabilität der enzephalischen Barriere für unsere Antiluetica bewogen *Kyrle*, dem Organismus, wie er sich ausdrückt, den stärksten therapeutischen Schlag beizubringen, dessen Hauptziel die *Prophylaxis* der Metasyphilis sein soll. Die von *Kyrle* ausgearbeitete Methodik ist einfach: Der Kranke erhält zunächst 3,0 Neo. (in der üblichen Dosierung und den gewohnten Intervallen), darauf folgt Impfung von Malaria Tertiana; der Kranke macht 8—10 Anfälle durch, die sich leicht durch Chinin kupieren lassen, und erhält nachträglich 3,0 Neo. *Kyrle* betonte schon damals die Notwendigkeit, zur Impfung reine Tertiana zu verwenden (da Malaria tropica bösartig verläuft und nur schwer zu kupieren ist), und hob auch das Erfordernis vorläufiger und nachträglicher Salvarsanisierung hervor, da ohne diese baldige Rezidive möglich seien. 1925, nicht lange vor seinem Tode, veröffentlichte *Kyrle* seine an 1000 Patienten angestellten Beobachtungen bei der unspezifischen Therapie der Frühsyphilis; er vermerkt schnelles Verschwinden der klinischen und serologischen Symptome, Besserung des Liquor in *resistenten* Fällen latenter Syphilis, Ausbleiben der Rezidive während längerer Zeit, treffliches subjektives Befinden der Kranken nach überstandener Malaria, deren leichte Kupierbarkeit mit Chinin (im Unterschied von der natürlichen Malaria). Seines Erachtens übertrifft die Malaria-Salvarsantherapie sämtliche modernen Methoden der Behandlung der Syphilis und zumal ihrer resistenten Formen. Nach *Kyrles* Tode setzt *Finger* die Propaganda dieser Behandlungsmethode beharrlich fort, wobei er vorschlägt, die Frühsyphilis in einer einzigen Behandlungstour mit Salvarsan und Malaria abzutun, und diese Methode für besonders angezeigt bei den resistenten Formen hält. *Finger* schreibt, daß er gegenwärtig für die Lumbalpunktion keine besondere Notwendigkeit sehe, da es ihm mit der Malaria-Salvarsantherapie gelinge, den Liquor zu sanieren. Außer *Kyrle* und *Finger* haben auch eine Reihe anderer Autoren diese Therapie bei Frühsyphilis und besonders bei den resistenten Formen geprüft. Hier ist auf *Bering, Scherber, Mucha, Mulzer, Tomioka* und eine Reihe anderer zu verweisen. Die meisten Autoren, darunter auch die Psychiater *(Nonne, Weygandt)* sind der Ansicht, daß die Salvarsan-Malariatherapie der Frühsyphilis in der Hauptsache zur Prophylaxe der Metasyphilis

Digitized by Google

dienlich sei; in gleichem Sinne spricht sich auch *Wagner-Jauregg* aus. Prinzipielle Gegner der *Kyrle*schen Methode sind wegen ihres Empirismus *Hahn* und *Delbanco*. Eine kurze Bemerkung zur Arbeit von *Berde:* Er sah bei der Malariatherapie häufige Rezidive, da er *Kyrles* Methode ohne die vorläufige und nachträgliche Salvarsanisierung erprobte. *Vonkennel* hatte 200 Kranke in verschiedenen Stadien der Syphilis unter Beobachtung, die nach der *Kyrle*schen Methode behandelt wurden. Nachdem der Autor seine Patienten 2 Jahre lang beobachtet und bei allen wiederholte Blut- und Liquoruntersuchungen ausgeführt hat, kommt er zu nachstehenden Ergebnissen: 1. Die Malariatherapie an Frühsyphilitikern bringt für die Kranken keinerlei Gefahr mit sich; 2. bei primärer seropositiver und Frühsyphilis steigt der Prozentsatz der Geheilten (Abwesenheit der klinischen und serologischen Rezidive) bei dieser Methode bis zu 100%. Das gleiche Resultat wird in diesen Syphilisstadien auch mit mehreren energischen Salvarsan-Wismutbehandlungsgängen nach *Hoffmann* erzielt, der Vorzug der Malariatherapie aber besteht darin, daß sie nur eine einzige Behandlungstour erfordert; 3. die besten Resultate werden in den latenten seropositiven Syphilisfällen erzielt: bei der Frühlatenz beträgt die Genesungsziffer 90,5%, bei der Spätlatenz = 73,5% (die entsprechenden Ziffern bei der gewöhnlichen spezifischen Therapie sind 70 und 40%); 4. die Malariatherapie ist eine Elektivmethode und unersetzlich in latenten liquorpositiven Fällen, zumal bei den 8—10% der Kranken, die auf die spezifische Therapie schlecht reagieren und Kandidaten auf Taboparalyse sind.

Unsere Beobachtungen begannen wir im Frühjahr 1926 und haben von unseren ersten Eindrücken auf dem Wolga-Kongreß der Venerologen im Herbst desselben Jahres Mitteilung gemacht. Gegenwärtig umfaßt unser Material 90 Fälle (6 davon mit Malaria, 84 mit Recurrens behandelt); in vorliegendem Aufsatz möchten wir über die Ergebnisse unserer Beobachtungen während zweier Jahre berichten.

Wir begannen mit Tertianaimpfung. Da wir den Einfluß der reinen Malaria allein auf die Syphilis kennen lernen wollten, so unterzogen wir unsere ersten Kranken der Malariaimpfung durch intravenöse Einführung von 4,0 einem Malariker während des Anfalls entnommenen Blutes ohne vorhergehende Salvarsanisierung. Bei solchen Kranken konnten wir Verschwinden der Roseola und der Schleimhautpapeln unter dem Einfluß der eingeimpften Malaria während der ersten 2—3 Anfälle konstatieren. Die Sp. pall. war beim Eintritt des ersten Anfalls nur mit Mühe nachzuweisen und zum zweiten bis dritten Anfall endgültig verschwunden. Bei den weder vorläufig noch nachträglich salvarsanisierten Kranken stellten sich rasch klinische und serologische Rezidive ein, was den Satz *Kyrles* von der Notwendigkeit der *kombinierten* Malaria-Salvarsantherapie bestätigt. Die ersten Versuche mit Tertianaimpfung ließen eine Reihe Unzuträglichkeiten zutage treten: 1. Eine Reihe von Kranken blieb von der Malariainfektion vollkommen *unberührt*, da sie anscheinend Immunität besaßen (auf die gleiche Erscheinung sind auch andere Forscher wie *Mühlens, Kirschbaum* und hier in Kasan *Judin* gestoßen); 2. es war sehr schwierig, reine Tertiana zur beständigen Verfügung zu haben. *Judin* z. B. erwähnt, daß er im Frühjahr 1927 in Kasan keinen einzigen Kranken mit frischer Tertiana habe finden können. Andere, wie *Vonkennel,*

Digitized by Google

umgehen diese Schwierigkeit, indem sie einen Malariastamm von einem Kranken auf den anderen überimpfen; wir möchten hierzu bemerken, daß wir angesichts der noch nicht endgültig gelösten Frage nach der Duplizität des Syphilisvirus mit solcher Methode des Blutaustausches zwischen Frühsyphilitikern uns prinzipiell nicht einverstanden erklären können. *Plaut* und *Steiner* empfahlen 1920 bei Metasyphilis anstatt Malaria mit demselben Erfolge *Recurrens* einzuimpfen (unter Verwendung des Blutes von mit afrikanischem Recurrens infizierten Mäusen), wobei sie darauf hinwiesen, daß die Recurrensimpfung in vieler Hinsicht sowohl für den Arzt wie für den Patienten bequemer sei: „Für den Arzt besteht hinsichtlich der Malaria die Schwierigkeit, das Impfmaterial zu beschaffen, während das Recurrensimpfmaterial auf laboratoriellem Wege hergestellt wird. Der Kranke wiederum erfährt beim Recurrens niemals einen derart hohen Grad der Erschöpfung, wie das bei Malaria der Fall ist; hier liegt die Gefahr vor, daß mit Tertiana zugleich auch Tropica eingeimpft wird" (zitiert nach *Plaut*).

All das bewog uns, zur Recurrensimpfung überzugehen, um so mehr als das einschlägige Impfmaterial in Kasan ein besonderes Interesse darbietet und eingehende Beachtung verdient. Es ist dies die Reinkultur der Spir. *Obermeyer*, wie sie von Prof. *W. M. Aristowsky* seit einer Reihe von Jahren auf einem von ihm speziell empfohlenen Nährboden gezüchtet wird. Der Laboratoriumsstamm hat einige hundert Passagen vollführt und ist für den Menschen pathogen. Mit dieser uns von Prof. *W. M. Aristowsky* liebenswürdigst zur Verfügung gestellten Spir. Oberm.-Kultur (wofür wir ihm unseren verbindlichsten Dank sagen) schritten wir nun zur Recurrensimpfung bei Frühsyphilis. Unser gesamtes Material umfaßt gegenwärtig 84 Kranke, wie aus nachstehender Tabelle zu ersehen ist.

	Lues I seronegativ	Lues I seropositiv	Lues II rezens	Lues II rezidiv	Lues latens seropositiv	Gesamt	Infiziert		Nicht infiziert	
							Mit 2 Anfällen	Mit 1 Anfall	Recurrens in der Anamnese	Ohne Recurrens in anamnesi
I. Kranke mit Recurrensimpfung u. vorhergehender Salvarsanisierung	8	19	21	9	—	57	23	16	6	12
II. Kranke mit Recurrensimpfung ohne vorhergehende Salvarsanisierung . . .	—	—	9	7	11	27	21	6	—	—
						84	44	22	6	12

Sämtliche Kranken wurden in zwei Gruppen geteilt: I. = 57 Mann, die vor der Recurrensimpfung unter Beobachtung der

Digitized by Google

*Kyrle*schen Methode salvarsanisiert wurden; II. = 27 Mann, die Impfung ohne vorläufige Salvarsanisierung erfuhren. In der ersten Gruppe waren infektionsempfänglich 39 von 57, in der zweiten alle 27. Somit beträgt der Prozentsatz der erfolglosen Impfungen in der ersten Gruppe 31,5, in der zweiten ist er gleich Null; unwillkürlich drängt sich dem Beobachter der Gedanke an einen nachteiligen Einfluß der vorläufigen Salvarsanisierung auf den Erfolg der Impfung auf; verantwortlich hierfür wäre, wie es scheint, einerseits das Salvarsan, das sich in gebundenem Zustande lange im Organismus befindet, und andererseits auch die *Salvarsanlabilität* des Stammes *Aristowsky* zu machen. Beobachtungen haben gezeigt, daß die Recurrensimpfung vollständig mißlingt, wenn sie früher als 7 Tage nach der letzten Neosalvarsaneinführung gemacht wird. Ein Blick auf die erste Gruppe zeigt, daß von 39 Infizierten 23 mit Anfällen und 16 Mann mit 1 Anfall zu verzeichnen waren; von den 18 Nichtinfizierten war Recurrens bei 6 in anamnesi, bei 12 war er in der Anamnese nicht zu konstatieren. Ein paar Worte über die Kranken mit Recurrens in anamnesi: Nach der landläufigen Ansicht ist die Immunität bei Recurrens sehr kurz; *Manteufel* gibt an, daß sie einige Monate bis zu einem Jahr dauere; in einer gegenwärtig unter der Leitung Prof. *W. M. Aristowskys* in Ausführung begriffenen Arbeit des einen von uns *(Wainstein)* über die Immunität bei Recurrens wird dargetan, daß diese Immunität durch *Jahre hindurch* anhalten kann; zurzeit verfügen wir über Patienten, die vor 7—8 Jahren Recurrens überstanden haben und mit Spirochätolysinen im Blut auf die Impfung nicht reagieren. Allerdings stellt sich in Zusammenhang mit dem Bestehen von Rezidivrassen bei Recurrens (solche sind von *Aristowsky* kultiviert worden) heraus, daß Immunität meistens nur *einer* Spirochätenrasse gegenüber statthat, so daß wir den gegen *eine* Rasse immunen Kranken stets mit einer Rezidivrasse infizieren können. Die Verhältnisse sind hier sehr kompliziert, und wir können jetzt nicht auf die Einzelheiten der Frage eingehen.

Eingeimpft wurde die Spir.-Oberm.-Kultur in einer Dose von 0,1—1,5 (mit durchschnittlich 5—10 lebenden Spirochäten im Gesichtsfeld); die Menge des zur Verwendung kommenden Impfmaterials übt, soviel sich sehen läßt, auf den Ausgang der Impfung keinen Einfluß aus. Inkubationsdauer 4—6 Tage; der erste Anfall zieht sich durch 2—5 Tage, der zweite durch 1 bis 3 Tage hin; die erste Apyrexie währt 9—10 Tage. Bei den Kran-

Digitized by Google

ken der zweiten Gruppe mit frischer Syphilis, bei denen die vorläufige Salvarsanisierung unterblieben war, um die Wirkung des reinen Recurrens auf die Syphilis kennen zu lernen, äußerte sich diese Wirkung folgendermaßen: die Sp. pall. verschwand aus den Syphiliden zu Beginn oder inmitten des ersten Anfalls; die Rückentwicklung der Syphiliden begann während des ersten Anfalls und schloß zu Beginn des zweiten ab, wobei ganz zuerst die Schleimhautpapeln, hierauf die Roseola und zuletzt die papulösen Syphilide der Haut verschwinden. Nach zwei Anfällen erhielten die Kranken beider Gruppen 3,0 Neosalvarsan (in den gewohnten Dosen und den üblichen Intervallen). Die WaR. blieb am Schluß der Behandlung gewöhnlich positiv, um nach mehreren Monaten in die negative überzugehen. In beiden Gruppen hatte Recurrens günstigen Verlauf, dabei war dieser in der Gruppe der vorläufig salvarsanisierten erheblich leichter. Das Allgemeinbefinden der Kranken wies keine irgend merkliche Störung auf. Man hat den Eindruck, daß die Syphilitiker den eingeimpften Recurrens leicht überstehen, was aber nicht etwa auf geringe Virulenz des Stammes *Aristowsky* zurückgeführt werden kann (wir waren Zeugen eines *schweren* Recurrensverlaufes bei einem Arzt nach laboratorieller Infektion mit dem Stamm *Aristowsky*). Es läßt sich nur die Vermutung einer Verwandtschaft zwischen Syphilis- und Recurrensspirochäte sowie der Ausarbeitung gleicher Antikörper aufstellen, was dann auch den leichten Verlauf des Recurrens beim Syphilitiker bedingen würde. Während der Anfälle war ein Gewichtsverlust von 1 bis 2 kg zu beobachten, der sich nach der Genesung rasch ausglich. Die Temperaturkurven unterscheiden sich beim künstlich eingeimpften Recurrens nicht von denen des natürlichen Rückfallfiebers; eine Reihe solcher Temperaturkurven sowie Krankheitsgeschichten sind in unserer ersten Arbeit beigebracht. Im Blut war während der Anfälle Leukozytose zu konstatieren, die bis zu 12000 in 1 mm^3 stieg. Zu erkennen ist starke Vergrößerung der Milz, geringe Vergrößerung der Leber. Im Harn vorübergehende Albuminurie. In 3 Fällen war schwerer Verlauf zu beobachten, der sich in Nasenbluten, Erbrechen, Störung der Herztätigkeit und verdunkeltem Bewußtsein äußerte; alle 3 Fälle schlossen günstig ab. Wenn man die Infektionsfiebertherapie als eine Art Läuterungsfeuer ansieht, durch das der Syphilitiker hindurch muß, so hat man auf der Hut zu sein, daß der Kranke auf diesem Scheiterhaufen nicht verbrenne; sorg-

Digitized by Google

fältige *Beobachtung* und *Pflege* bilden die Haupterfordernisse bei dieser Therapie.

Berühren wir nunmehr die Frage nach den Resultaten, die wir bei dieser Therapie erzielt haben, so dürfte die Beantwortung derselben ziemlich schwierig sein. Zunächst weiß jeder Syphilidologe, wie schwer es ist, seine Kranken unter *dauernder* Beobachtung zu halten; andererseits ist auch der Zeitraum von zwei Jahren zu kurz, um in den die Syphilisrezidive und besonders die Prophylaxe der Metasyphilis betreffenden Fragen bestimmte Schlüsse zu ziehen. Wenn die Annahme zutreffend ist, daß die Syphilisrezidive am häufigsten im ersten Infektionsjahr auftreten, so dürfen wir mit Befriedigung konstatieren, daß wir bei den Kranken unseres Materials, an denen die Impfung erfolgreich gewesen und 1—2 Anfälle ergeben hatte, im Laufe von zwei Jahren *kein einziges klinisches oder serologisches Rezidiv* zu verzeichnen hatten. Unter dauernder klinischer und serologischer Kontrolle stehen 24 Kranke, die 2 Anfälle durchgemacht haben und bisher stets negative WaR. im Blut geben. In einem Falle von resistenter latenter Syphilis (Patientin Nr. 25) erzielten wir nach überstandenem Recurrens volle Sanierung des Blutes und Liquors. In einer Reihe von Fällen sind klinische und serologische Rezidive ausschließlich nur an denjenigen unserer Kranken zu verzeichnen, bei denen die Recurrensimpfung nicht gelang.

Die letzte Frage, die Beachtung verdient, betrifft den Wirkungsmechanismus der Infektionsfiebertherapie. Für diesen Punkt gibt es mehrere Theorien, von denen sich keine der allgemeinen Zustimmung erfreut. Die meisten derselben beurteilen diese Therapie als eine *Gesamtzellenaktivierung des Protoplasmas* im Sinne *Weichardts;* viele schreiben den günstigen Erfolg *der hohen Temperatur* zu: dafür sprechen die Versuche *Janhels*, der syphilitische Kaninchen auf mehrere Stunden im Thermostatus bei 41° unterbrachte und Verschwinden der Spirochaeta pall. aus dem Schanker erzielte; andererseits stehen eine Reihe von Eiweißpräparaten (Milch, Phlogetan, Vakzine), die eine hohe Temperatur geben, in ihrer therapeutischen Wirkung der Malaria und dem Recurrens bedeutend nach. *Plaut* und *Steiner* sprechen von einer „Umladung der Immunität", d. h. die von Malaria und Recurrens erzeugten Antikörper sollen auch auf die Spirochaeta pall. wirken. *Kyrle* und *Mulzer* endlich sind der Ansicht, daß die Gewebe dank der vorhergegangenen Malaria aufgelockert sind und so für unsere Antiluetica mehr permeabel werden.

Auf Grund unserer Beobachtungen seien nachstehende zusammenfassende Schlüsse gestattet:

1. Die Infektionsfiebertherapie in Gestalt der Recurrensimpfung ist für den Kranken unter klinischen Verhältnissen *gefahrlos*.

Digitized by Google

2. In Übereinstimmung mit anderen halten wir dafür, daß diese Therapie besonders in den *latenten* Stadien der resistenten Syphilis angezeigt ist; aber auch für die *Frühstadien* der Syphilis sind die Beobachtungen über die Zweckmäßigkeit der genannten Therapie weiter fortzusetzen.

3. Wir machen für diese Methode keine Propaganda behufs umfangreicher Verwendung; sie soll nur unter den Bedingungen und Verhältnissen der Klinik zur Benutzung kommen; für die breite Masse der Ärztewelt ist und bleibt das Salvarsan das mächtigste antiluetische Mittel.

4. Unsere zweijährige Arbeit möge als Versuch gewertet werden, die Lösung der verwickelten Frage der Metasyphilis-*prophylaxe* in Angriff zu nehmen[1]).

Literatur.

Kyrle, Derm. Ztschr. 1922. H. 6. — *Derselbe*, Monograph. 1923. — *Wainstein* und *Golossowker*, „Wenerologia u. Dermatologia". 1926. Nr. 6. — *Finger*, Wien. klin. Wschr. 1926. Nr. 38. — *Nonne*, Ztrlbl. f. H. u. G. Bd. XIV. H. 5/6. — *Rosenblüm* (zitiert nach *Feldmann* und *Perkel*), „Russk. West. Derm." 1926. Nr. 1—2. — *Ruge*, Ztrlbl. f. H. u. G. Bd. 24. H. 1/2. — *Bering*, Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 21. — *Scherber*, Ztrbl. f. H. u. G. Bd. 19. — *Mucha*, Wien. klin. Wschr. 1926. Nr. 30. — *Mulzer*, Münch. med. Wschr. 1927. Nr. 6, 10, 11. — *Nonne*, Ztschr. f. ärztl. Fortbildung. 1926. Nr. 16. — *Berde*, Derm. Wschr. Bd. 83. Nr. 39. — *Vonkennel*, „Die Malariabehandlung der Frühlues". 1927. — *Mühlens*, Kas. med. Journ. 1925. Nr. 3. — *Kirschner*, Ztrlbl. f. H. u. G. Bd. 16. 271. — *Judin*, Kas. med. Journ. 1926. Nr. 5—6; 1927. Nr. 6—7. — *Plaut*, Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 94. 1925. — *Aristowsky*, Kas. med. Journ. 1926. Nr. 5—6. — *Manteufel*, Arbeiten aus dem Kaiserlich. Gesund. 1908.

[1]) In seiner letzten Übersicht betont *Finger* (Wien. klin. Wschr. 1928, Nr. 22/23) noch einmal die guten Erfolge, die er mit Malaria-Salvarsantherapie bei Frühsyphilis bekommen hatte.

Digitized by Google

III.

(Aus der Universitätsklinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten Wien [Vorstand: Prof. Dr. *W. Kerl*].)

Gewerbedermatosen bei Spenglern (Klempnern).[1]

Die Notwendigkeit einer hygienischen Berufskarte.

Von

Dr. ERICH URBACH,
Assistent der Klinik.

Vor einigen Monaten wurde der offizielle Text des deutschen Entwurfes eines Berufsausbildungsgesetzes verlautbart. Der Entwurf enthält, über den eigentlichen Gegenstand der Berufsausbildung hinausgehend, auch eine Anzahl von Bestimmungen, die die Verwaltung des Lehrlingswesens betreffen, und die im sozialen Sinne von großer Bedeutung sind. Was aber dieses Gesetz vermissen läßt, das ist die Einführung der seit geraumer Zeit geforderten obligatorischen, ärztlichen Untersuchung aller junger Menschen vor Eintritt in die Lehre, vor allem aber die fortlaufende ärztliche Kontrolle der berufsschulpflichtigen Jugend. Der Jahresbericht der Fortbildungsschule in *Fürth* (Bayern) über das Schuljahr 1926/27 gibt über die Notwendigkeit einer solchen ärztlichen Überwachung jugendlicher Arbeiter in besonders gefährdeten Berufen interessante Daten.

Im folgenden soll an Hand eines konkreten Beispieles gezeigt werden, daß wir zur *systematischen Bekämpfung der Gewerbedermatosen* (dies gilt selbstverständlich auch für alle anderen Gewerbeerkrankungen) periodische Untersuchungen bei jüngeren und älteren Arbeitern aller Berufe vornehmen und das Ergebnis derselben auf einer entsprechend ausgearbeiteten Karte, nennen wir sie kurz *hygienische Berufskarte*, eintragen müßten. Mit Hilfe der so gewonnenen Zahlen wäre man imstande 1. festzustellen, in welchem Prozentsatz abhängig vom

[1]) Nach einer Demonstration am 26. Januar 1928 in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft; Nachtrag zur Festschrift von Prof. *E. Hoffmann* (verspätet eingereicht).

Digitized by Google

Alter und Geschlecht, dagegen unabhängig vom Beruf gewisse Erkrankungen (in unserem Falle Dermatosen) sich finden. Eine solche Statistik ist für Untersuchungen, wie wir sie vorgenommen haben, unbedingt Voraussetzung, da es sich (siehe unten) z. B. gezeigt hat, daß normalerweise die *Akne vulgaris* bei 15jährigen Knaben nur in 14%, bei 18jährigen dagegen in 25% sich findet;

2. können wir auf Basis der unter Punkt 1 gewonnenen Zahlen errechnen, in welchem Ausmaß ein Beruf eine Gewerbeerkrankung hervorruft;

3. wäre es bei der jährlichen oder halbjährigen ärztlichen Untersuchung dann möglich, jede Verschlechterung der Erkrankung festzustellen, da sich eine objektive Würdigung des im Vorjahre erhobenen Befundes in der hygienischen Berufskarte findet;

4. in den seltenen Fällen von spezifischer, nicht desensibilisierbarer Überempfindlichkeit wäre rechtzeitig eine Berufsumschulung vorzunehmen;

5. würde uns das Ergebnis solcher periodisch durchgeführter Untersuchungen zeigen, daß in manchen Betrieben die Arbeiter in einem besonders hohen Prozentsatz erkranken, was den Gewerbeinspektoren den begründeten Anlaß gäbe, den hygienischen Verhältnissen in diesen ihr besonderes Augenmerk zuzuwenden.

Da nach dem deutschen Gesetzentwurf sogenannte „Lehrlingsrollen" geführt werden sollen, so wäre praktischerweise die hygienische Berufskarte als Teil derselben zu führen, und sie wäre somit die zeitliche Fortsetzung der Gesundheitsblätter, wie wir sie z. B. in Wien in den Volksschulen bereits haben. Nach Auflösung des Lehrverhältnisses könnten die hygienischen Berufskarten von ärztlichen Gewerbeinspektoren weitergeführt werden.

Gelegentlich einer Studie über Idiosynkrasie gegen gewisse Metalle untersuchte ich auch gegen 400 Spenglerlehrlinge der Fortbildungsschule Wien VI Mollardgasse und konnte bei ihnen zwei Arten von Gewerbedermatosen feststellen: *echte Chlorakne* und *allergische Ekzeme* gegen Chlordämpfe. Um bezüglich der in diesem Alter recht häufigen Akne ein Vergleichsmaterial zu haben, wurden auch zirka 330 in gleichem Alter stehende Friseurlehrlinge untersucht.

Die folgende Tabelle zeigt, daß bei den im 15. und 16. Lebensjahre stehenden Spenglerlehrlingen (diese stehen zirka

Digitized by Google

1 Jahr, und zwar halbtägig im Beruf) die Akne gleich oft und gleich leicht wie bei den 15- und 16jährigen Friseurlehrlingen (14%) vorkommt. Dagegen steigt der Prozentsatz bei den im 17. und 18. Lebensjahre stehenden Spenglern (die 2 bis 3 Jahre im Beruf stehen) auf 33 resp. 37% an gegenüber 20 und 25% bei den gleichaltrigen Friseuren. Das gleich häufige Vorkommen von Akne (37%) konnte aber auch bei älteren Spenglergehilfen (zwischen 19 und 40 Jahren) festgestellt werden.

	Spengler					Friseure			
Alter (Jahre)	15	16	17	18	19–40	15	16	17	18
Zahl der Untersuchten .	96	158	102	27	40	62	156	111	8
Leichte Akne.	12	10	15	6	8	7	20	21	2
Mittelschwere Akne. . .	2	9	11	4	4	1	—	1	—
Schwere Akne	—	3	4	—	3	—	1	—	—
In Prozent	14	14	33	37	37	13	14	20	25
Einen Zusammenhang der Akne mit dem Beruf geben an	3	5	12	4	8	—	—	—	—
In Prozent	21	40	40	40	50	—	—	—	—

Der Unterschied hinsichtlich beider Berufe wird noch deutlicher, wenn man die Schwere der Akne in Betracht zieht; während die Friseurlehrlinge fast ausnahmslos eine leichte, kosmetisch kaum störende Komedonenakne aufwiesen, fand sich bei den 17- und 18jährigen Spenglern fast in der Hälfte aller Aknefälle eine mittelschwere bis schwere pustulöse Form, fast stets nur des Gesichtes.

Der Tabelle ist weiter zu entnehmen, daß die Akneträger unter den Spenglern vom 16. Lebensjahre an in zirka 40% einen Zusammenhang resp. eine Verschlechterung durch den Beruf angeben; und zwar machen sie übereinstimmend die Chlordämpfe, die bei der Herstellung des Lötwassers und beim Löten selbst entstehen, dafür verantwortlich.

Während die Clorakne nach unseren Untersuchungen recht häufig ist, beobachteten wir allergische Ekzeme unter den 423 Fällen nur zweimal.

E. B., 23 Jahre alt. Als Kind stets hautgesund, auch 1918—1925, in welcher Zeit er als Schlosser arbeitete. Seit Januar 1926 den ganzen Tag in der Spenglerschule als Schulwart tätig, trat bei ihm im April im Gesicht und auf der Brust ein ekzemartiger Ausschlag auf, der jeder ärztlichen Behandlung trotzte, jedoch sehr bald von selbst verschwand, als Patient im Juli mit Schulschluß einen anderen Dienst übernahm. Zirka 6 Wochen nach Schulbeginn tritt der Ausschlag wieder aufs heftigste auf und verhält sich jeder Behandlung gegenüber refraktär.

Digitized by Google

Status praesens: Subakutes Ekzem im Bereiche des Kinns sowie der Mundwinkel; aufgekratzte ekzematöse Knötchen am Brustbein und Umgebung.

Auflage von 0,1%, 1% und 10% Zincum chloratum, neutralisiert, macht entsprechend der Konzentration einen mehr weniger starken lokalen Juckreiz, objektiv 0.

Auflage von Zink, Zinn, verzinktem Eisen, Kupfer usw. negativ.

Auflage von 0,1 und 1% Zinc. chlorat. neutralisiert ruft bei einer Kontrollperson keinerlei Juckreiz hervor.

A. K., 26 Jahre alt. Familienanamnese in bezug auf Hauterkrankungen und Idiosynkrasien o. B. Seit dem 14. Lebensjahr Spengler, seit 7 Jahren nur in der Werkstatt beschäftigt. Vor ungefähr 3 Jahren merkte Patient nach besonders intensiver Lötarbeit das Auftreten von Juckreiz am Nacken, dem dann ein knötchen- bis bläschenförmiger Ausschlag folgte. Der Ausschlag verbreitete sich langsam auf die Seitenflächen des Halses und trotzte jeder Behandlung. Seit zirka 1 Jahr ist auch der linke Handrücken befallen, der rechte frei. Pat. hält den Lötkolben in der rechten Hand, in der linken den zu lötenden Teil, wobei die Chlordämpfe vor allem die linke Hand treffen.

Status praesens: Im Bereiche des Nackens zahlreiche, hellrote Knötchen, desgleichen aber mehr aggregiert auf dem linken Handrücken. Bekommt Pat. auf dem Nacken eine deckende Schüttelpinselung, so ist der Juckreiz beim Arbeiten viel geringer; dagegen nützt diese Medikation nicht gegen das Jucken am Handrücken, was wohl mit dem stärkeren Ausgesetztsein der Hand gegenüber den Chlordämpfen erklärt werden kann. Pat. betont, daß der Juckreiz im Freien lange nicht so stark ist wie beim Arbeiten in der geschlossenen, schlecht ventilierten Werkstatt.

Die Allergieproben geben dasselbe Resultat wie beim Fall 1.

In der einschlägigen Literatur [*Oppenheim-Ullmann-Rille*[1]); *While*[2]) usw.] sind als Gewerbeerkrankungen der Spengler nur Verätzungen angegeben, die beim Löten oder beim Bereiten des Lötwassers (Lösen von Zn in HCl) durch Verspritzen des dabei entstehenden ZnCl, verursacht werden. Dagegen fanden wir keinen Hinweis bezüglich Akne oder Ekzem. Diese scheinen nun auf einer Reizung der Talgdrüsen, resp. in seltenen Fällen, der Epidermis, durch gasförmiges Chlor, das bei der Einwirwirkung von Salzsäure auf Zink sich bildet, zu beruhen. Es würde sich danach in unseren Fällen um eine echte Chlorakne handeln, während *Bettmann*[3]), *Holtzmann*[4]) und andere die von *Herxheimer* bei Chlorarbeitern auftretende sogenannte Chlorakne genetisch als eine Teerakne (die unter Mitwirkung chlorierter Produkte zu einer ungewöhnlich starken Entzündung der Talgdrüsen führt) bezeichnen.

Bei den zwei beschriebenen Ekzemen scheint die therapeutische Insuffizienz sowie das rasche Schwinden bei Berufs-

Digitized by Google

wechsel, weiter die subjektiv deutliche Reaktion auf $^1/_{10}$% neutralisierte Zinkchloridlösung [Minimaleffekt *Doerr*[5])] auf eine spezifische Überempfindlichkeit gegenüber Chlor hinzudeuten.

Zusammenfassung.

Bei 2 bis 3 Jahre im Berufe stehenden Spenglergehilfen fand sich in 33 resp. 37% der Fälle eine Akne vulgaris gegenüber 20 und 25% bei gleich alten Friseurgehilfen.

Unter mehr als 400 Spenglern wurde zweimal ein allergisches Ekzem festgestellt.

Bei Vornahme dieser Untersuchungen hat sich das Fehlen irgendwelcher Aufzeichnungen seitens ärztlicher Gewerbeinspektoren unangenehm fühlbar gemacht; daher wird die Einführung einer *hygienischen Berufskarte* angeregt. Dieselbe hat (siehe oben) fünf Aufgaben zu erfüllen.

Literaturverzeichnis.

[1]) *Oppenheim, Ullmann* und *Rille*, Die Schädigung der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit. Verlag Voß. 1925. — [2]) *While*, zitiert nach *Fischl* in *Oppenheim, Ullmann, Rille*. Bd. 2. — [3]) *Bettmann*, Rohöl. Paraffin, usw. in *Oppenheim, Ullmann, Rille*. Bd. 2. — [4]) *Holtzmann*, Halogene in *Oppenheim, Ullmann, Rille*. Bd. 2. — [5]) *Urbach*, Die Bedeutung der Haut als Immunitätsorgan. Ztschr. f. Immunitätsforschung. Bd. 54. 1928.

IV.

(Aus der Universitäts-Hautklinik Münster i. W.
[Direktor: Prof. Dr. *A. Stühmer*].)

Ein Fall von Dystrophia ungium mediana canaliformis Heller.

Von

Dr. V. WUCHERPFENNIG,
Assistenzarzt.

Vor einiger Zeit beschrieb *J. Heller* in dieser Zeitschrift, Bd. 51, S. 416, eine Nagelerkrankung, die er Dystrophia ungium mediana canaliformis nannte. Dieselbe Erkrankung wurde hier schon am 13. 2. 1926 beobachtet und soll mitgeteilt werden, weil der Fall einer gänzlichen Heilung zugeführt werden konnte.

Es handelte sich um einen siebzehnjährigen, sonst ganz gesunden Menschen S.-H., der die Sprechstunde des Herrn Pro-

Digitized by Google

fessor Dr. *Stühmer* wegen der in Abbildung 1 wiedergegebenen Nagelerkrankung aufsuchte. Befallen waren nur die Daumennägel. Die Veränderungen bestehen nach den Angaben der Eltern seit dem 3. Lebensjahre. Von der Mitte des hinteren Nagelwalles zieht eine 4—5 mm breite, quergefurchte Rinne in medianem Verlauf über die Nagelplatte hin. Die auf der Abbildung erkenntlichen Querfurchen sind durch lamellenartige Ablösungen der Nagelsubstanz senkrecht zur Achse der Rinne entstanden. Die Lunula ist im gesunden Teil des Nagels deutlich und scharf zu erkennen. In der Mitte des proximalen Nagelwalles bestand in der Breite der Rinne eine Art Hochbörtelung des Nagelwalles, die am rechten Daumen der Abb. 1 besser zu sehen ist als am linken Daumen. An subjektiven Beschwerden äußert der Patient nur, daß der freie Rand der Daumennägel an der Stelle, wo er von der Vorderkante der Rinne gebildet wird, nicht so widerstandsfähig sei, wie das bei den anderen Nägeln der Fall sei.

Abb. 1.

Ätiologisch konnten über die Natur der Erkrankung keine Anhaltspunkte gewonnen werden. Der Patient lebte immer in besten hygienischen und sozialen Verhältnissen. Eine genauere Untersuchung auf Pilze verlief negativ. Eine histologische Untersuchung hinsichtlich der Zellstruktur und Lagerung wurde jedoch nicht vorgenommen.

Trotzdem der Pat. nicht Ekzematiker ist, wurde doch an eine ekzemartige Erkrankung gedacht, da eine kongenitale Mißbildung wegen des Auftretens der Erkrankung im 3. Lebensjahre ausgeschlossen werden konnte. Der Sitz der Erkrankung mußte in der Matrix des Nagels gesucht werden. Hier mit der üblichen Ekzemtherapie energisch einwirken zu können, war aussichtslos. Deshalb wurden Röntgenstrahlen verordnet. Um aber die Strahlen auch entsprechend den oben dargelegten Vorstellungen über den Sitz des pathologischen Prozesses zu lokalisieren, wurde der proximale Teil des Nagels beiderseits mit einem kreisrunden Tubus von 11 mm Durchmesser bestrahlt. Die Einstellung wurde so gewählt, daß das kreisrunde Bestrahlungsfeld durch den hinteren Nagelwall halbiert wurde (s. den Kreis in Abb. 1). Am 15. 2. 26 wurden beide Daumen in der angegebenen Weise mit zwei Drittel einer HED unter 1 mm

Digitized by Google

Aluminium (HWS der Strahlung 1,5 mm Al.) bestrahlt. Am 11. 3. wurde die Bestrahlung wiederholt, trotzdem an diesem Tage schon ein normales Nachwachsen der Nägel festgestellt werden konnte. In der Folgezeit entwickelte sich der Nagel des rechten Daumens ganz und gar normal, seine Oberfläche war glatt und glänzend wie die übrigen nie erkrankt gewesenen Nägel. Die Nagelplatte des linken Daumens behielt jedoch median eine Längsriffelung, die kosmetisch nicht störend wirkte, aber doch auf den stattgehabten pathologischen Prozeß hindeutete. Deshalb wurde die Matrix dieses Daumennagels am 17. 9. 26 noch einmal mit einer halben H E D unter 1 mm Aluminium bestrahlt. Die Längsriffelung wurde dadurch aber nicht beeinflußt und ist auch auf dem Bilde Nr. 2, das am 5. 3. 28 aufgenommen wurde, zu sehen. Außer einer anfänglich verordneten vorübergehend angewendeten 2%-igen Salizyl-Vaseline wurden bei der Behandlung dieses Falles nur Röntgenstrahlen angewendet. Wie Bild 2 zeigt, bewirkten sie eine gute Heilung dieses rätselhaften Leidens, von dem wir bislang nur den Namen und das klinische Bild kennen.

Abb. 2.

V.

Bemerkungen zu der Arbeit von Frühwald: „Spirochaetosis arthritica“

in Band 51 dieser Zeitschrift.

Von

Dr. HEINRICH RUGE

(Marinestabsarzt, z. Z. am Tropeninstitut in Hamburg).

Bei der Suche nach Literatur über tropische Spirochätenkrankheiten fiel mir eine Arbeit von *I. W. Scott Macfie* aus Parasitology, Bd. 9 (S. 274, 1916/17), betitelt „Urethral-Spirochaetosis“, in die Hände. Ich gebe den hier interessierenden Teil der Arbeit in wörtlicher Übersetzung wieder: „...Vor kurzer Zeit kam ein Fall von akuter Urethritis zu meiner Kenntnis, bei dem eine Spirochäte als die vermutliche Ursache der Erkrankung gefunden werden konnte, und ich nehme an, daß ein Bericht über diese Infektion von Inter-

Digitized by Google

esse sein wird... Der Kranke, ein eingeborener Küchenjunge von der Goldküste, von 21 Jahren, wurde dem Hospital in Accra am 29. Juni 1916 überwiesen. Ungefähr 14 Tage vorher war er ambulant von Dr. *Tighe* gesehen worden und hatte über Fieber, Schüttelfrost und Schmerzen in beiden Schultern geklagt, die etwa seit einer Woche bestanden. Seine Temperatur betrug damals 100 F. (38°). Er wurde behandelt, aber hielt die Behandlungszeiten nicht ein, und da er immer noch krank und arbeitsunfähig war, wurde er an dem oben erwähnten Zeitpunkt zur Behandlung ins Hospital geschickt. Er machte einen kranken und niedergedrückten Eindruck, seine Temperatur betrug 99 F. Er klagte über Schmerzen in beiden Schultern und in der linken Hüfte. Anzeichen von Malaria fehlten, ebenso Schwellungen der als schmerzhaft angegebenen Gliedmaßen. Indessen litt er an einer akuten Urethritis, die einen Tag vor seiner Aufnahme (28. Juni) begonnen hatte.

Die Absonderung war sehr reichlich, dick, schmierig und blutig verfärbt. Sie hatte mehr den Anschein eines Abszeßeiters als einer gonorrhöischen Erkrankung. Alle Möglichkeiten einer gonorrhöischen Infektion in der letzten Zeit wurden bestritten. Die Harnabsonderung war ohne Schmerzen, und ebenso fehlten örtliche Reizerscheinungen. Bei der Untersuchung des Ausstriches wurden zahllose Spirochäten gefunden. Wahrscheinlich hat der Patient kurz vor seiner Erkrankung eine Gonorrhöe gehabt, und die Gliederschmerzen, über die er klagte, haben vermutlich damit in Zusammenhang gestanden. Indessen litt er nicht mehr unter Gonorrhöe, als er unter Beobachtung kam.

Die Absonderung blieb reichlich bis zum 2. August. Hier wurde sie spärlich und hörte am folgenden Tage auf. Der Ausfluß bestand also 6 Tage. An Behandlung erhielt der Kranke während dieser Zeit zwei intramuskuläre Einspritzungen von Sublimat zu je 0,022 am 31. Juli und 1. August.

Der Kranke wurde entlassen, kam jedoch einen Monat später wieder in Behandlung mit schwerer Iritis, so daß man einige Tage den Verlust beider Augen befürchtete. Indessen begann nach einer Injektion von Galyl eine sehr rasche Besserung, und der Kranke erholte sich unter weiterer Behandlung mit Sublimateinspritzungen vollständig. Dieser Punkt ist ziemlich bemerkenswert in bezug auf die Häufigkeit von Iritis bei anderen Spirochätenkrankheiten.

Die Spirochäten waren sehr beweglich und schossen mit großer Geschwindigkeit durch das mikroskopische Feld nach allen Richtungen. Die Bewegungen bestanden hauptsächlich in Drehungen, wellenartigen Beugungen des Körpers und korkzieherartigen Biegungen..." Es folgt dann noch eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Bewegungen und der Morphologie. Nach der beigegebenen Textabbildung zeigen die Spirochäten eine ausgesprochene Polymorphie. Ihre durchschnittliche Länge beträgt etwa 11 μ und sie lagen mit Vorliebe in den großen Epithelzellen.

Allem Anschein nach handelt es sich wohl auch hier um einen Fall, der in die von Reiter aufgestellte Gruppe der „Spirochaetosis arthritica" einzureihen ist.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Mai 1928.

Vorsitzender: Herr *Arndt.* Schriftführer: Herr *Ledermann.*

Herr *Arndt* demonstriert:

1. 27jährige verheiratete Frau mit *Lupus miliaris disseminatus faciei.*

Persönliche Anamnese bietet nichts bemerkenswertes. Eine Schwester der Mutter soll an Tuberkulose leiden.

Beginn der Erkrankung vor 5 Monaten. Schnelle Entwicklung zu dem zur Zeit vorhandenen, sehr charakteristischen Bilde. Außer auf der in ziemlich symmetrischer Weise befallenen Haut des Gesichts finden sich vereinzelte Knötchen am behaarten Kopf und an beiden Handrücken, letztere an Folliclis-elemente erinnernd. Präaurikulare Lymphknoten beiderseits vergrößert und derb. Sichtbare Schleimhäute ohne Befund.

Röntgenologische Untersuchung der Lungen (Schirm und Platte) hat ein völlig negatives Resultat ergeben.

Pirquet: negativ. Wa.R.: negativ. S.G.: negativ.

Hervorgehoben wird noch die für den Lupus disseminatus besonders charakteristische Lokalisation an den Augenlidern, namentlich den unteren, und die zentrale, als kleinste gelblich-weiße Flecke wahrnehmbare Nekrose eines großen Teils der miliaren Knötchen.

In Übereinstimmung mit anderen Beobachtungen dieser klinisch und histologisch so ausgesprochen „tuberkulösen" Erkrankung war es auch im demonstrierten Falle nicht möglich, die Quelle der auf hämatogenem Wege entstandenen Eruption aufzudecken.

Aussprache:

Herr *Pinkus* fragt nach der Auffassung der graulichen Knötchen an den Fingern (papulonekrotische Tuberkulide von Folliclisform).

Herr *Arndt:*

2. 32jähriger Patient (Händler) mit *Boeckschem Sarkoid.*

Familien- und persönliche Anamnese bezüglich Tuberkuloseinfektion negativ, aber Neigung zu Bronchialkatarrh.

Beginn vor 4 Jahren an der Stirn. Februar 1927 nur vereinzelte Herde: an Stirn, über dem linken Schulterblatt und am linken Unterschenkel nachweisbar. Der Kranke entzog sich der weiteren Beobachtung und konnte auch nicht behandelt werden.

Ende April 1928 konnte bei einer wieder vorgenommenen Untersuchung festgestellt werden, daß sich der Prozeß in ziemlich symmetrischer Verteilung über weite Strecken der Körperoberfläche (behaarter Kopf, Stirn, Wange, Oberlippe, Gegend hinter den Ohren, Brust, Streckseiten der Oberarme, Rücken, Gesäßbacken) ausgebreitet hatte.

Die Mehrzahl der linsen- bis zehnpfennigstückgroßen Infiltrate ist blaßrot, bzw. bläulichrot verfärbt, wenig erhaben, kutan bzw. kutan-subkutan, derb, nicht ganz scharf begrenzt. Bei Untersuchung mit Glasdruck vielfach die charakteristischen lupoiden Einlagerungen.

Der annuläre, im Gegensatz zu den meisten anderen Infiltraten mehr oberflächlich gelegene, zentral atrophische Herd an der rechten Stirnseite erinnert an einen der seinerzeit von *Kyrle* im Archiv publizierten Fälle.

Digitized by Google

Das histologische Bild der demonstrierten Präparate zeigt den charakteristischen Aufbau des Boeckschen Sarkoids (scharf abgesetzte Epitheloidzellenknötchen ohne Riesenzellen, ohne Nekrose, mit kapselartiger Schichtung des Bindegewebes in der Peripherie). Bazillen im Schnitt nicht nachweisbar.

Eine Röntgenuntersuchung der Lungen konnte bei dem schwer für eine gründliche Untersuchung zu gewinnenden Patienten leider nicht vorgenommen werden. Die Pirquetsche Reaktion ergab ein negatives Resultat.

3. 54jährige verheiratete Frau mit *Lues maligna.*

Seit dem Alter von 22 Jahren verheiratet. Eine normale Geburt vor 26 Jahren, eine Fehlgeburt im 5. Monat vor 25 Jahren, eine normale Geburt vor 16 Jahren.

Beginn der derzeitigen Erkrankung mit Halsschmerzen und Hautgeschwüren im Juli 1927.

Sehr ausgedehnte Bildung ovaler und bogig begrenzter, nicht sehr tief greifender Geschwüre, auffallend wenig schmerzhaft, an oberen und *unteren* Extremitäten, in geringerem Maße im Gesicht und am behaarten Kopf. Sichtbare Schleimhäute zur Zeit frei. Keine allgemeinen Drüsenschwellungen.

Spirochäten konnten nicht nachgewiesen werden.

Wa.R.: stark positiv. Pirquet: negativ.

Nur während des ersten Tages des klinischen Aufenthaltes eine mäßige Temperatursteigerung (38,3).

Allgemeinbefinden subjektiv nicht gestört. Im Gegensatz dazu die Tatsache einer Gewichtsabnahme von 15 Pfund vom Beginn der Erkrankung bis zur Aufnahme in die Klinik.

Neurologisch war eine nicht ausreichende Lichtreaktion der Pupillen und eine Differenz der Achillessehnenreflexe festzustellen. Auf Grund dieser Symptome und auf Grund der euphorischen Beurteilung der eigenen Krankheit kommen die Neurologen bzw. Psychiater zu dem Verdacht, daß es sich um eine beginnende Paralyse handeln könne.

Der Fall wird besonders aus dem Grunde demonstriert, da bereits nach 3, in Zwischenräumen von 4 und 3 Tagen vorgenommenen Injektionen von 0,025 Hg. salicylicum der größte Teil der Geschwüre abgeheilt war.

4. 27 Jahre alter Landarbeiter mit *Akrodermatitis continua suppurativa Hallopeau.*

Das sehr charakteristische Bild dieser Affektion wird an dem Kranken selbst und an Photographien demonstriert.

4 Jahre lang blieb der Prozeß auf die Endglieder des linken Zeigefingers und linken Daumens beschränkt. Ein Nagel hat sich spontan abgelöst, der andere wurde chirurgisch entfernt.

Das klinische Bild ist durch den Beginn an den Fingerkuppen, durch die dicht gedrängten flachen, pustulösen Einzelelemente, die Rötung der dazwischen liegenden Haut, die scharfe Begrenzung der einzelnen Herde, den chronischen Verlauf ohne Neigung zu Rückbildung genügend charakterisiert, um die Diagnose Akrodermatitis continua Hallopeau zu rechtfertigen.

Eine Störung des Allgemeinbefindens bestand bei der Aufnahme in die Klinik nicht.

Bei der mehrfach vorgenommenen bakteriologischen Untersuchung erwies sich der Inhalt der pustulösen Elemente stets als steril.

Digitized by Google

Die Untersuchung der inneren Organe und des Blutbildes hatten kein Ergebnis.

Wa.R.: negativ. Pirquet: negativ.

Der Patient bekam innerlich Chinin und Novatophan, eine Kombination, die sich in einem früheren, an unserer Klinik beobachteten Falle von günstigem Einfluß auf die durch lokale Maßnahmen ja sehr schwer zu beeinflussende *Hallopeau*sche Akrodermatitis erwiesen hatte. Während dieser Medikation trat leider eine Ausbreitung des Prozesses auf, zum Teil in der unmittelbaren Umgebung der ursprünglichen Herde, die schon fast ganz eingetrocknet waren, zum Teil in weiter Ausbreitung an Rumpf und Extremitäten.

Die neu aufgetretenen Herde waren dunkelrote Erythemflecke von sehr verschiedenem Umfang, auf denen vielfach Haufen von Pusteln aufschossen. Der Inhalt auch dieser Pusteln war steril. Ebenso hatten Blutkulturen stets ein negatives Resultat.

Die Medikation wurde sofort abgesetzt und es kam auch zunächst zu einer Rückbildung der Erscheinungen. Im weiteren Verlauf aber treten immer neue Herde auf und der Prozeß nahm unter allmählicher Verschlechterung des Allgemeinbefindens und langsam steigendem, remittierendem Fieber an Ausdehnung und Intensität zu.

Aussprache:

Herr *Buschke:* Zu dem Fall bemerke ich, daß wir in einen Fall durch Röntgentherapie Heilung erzielt haben. Ob dieselbe vorgehalten hat, vermag ich nicht zu sagen.

Herr *Heller:* Acrodermatite continué chronique suppurative Hallopeau der Nägel? Stand als Originalarbeit in dieser Zeitschrift.

Herr *Heller* zeigte im Anschluß an seine Nageldemonstrationen ein Diapositiv eines Gemäldes von *Rembrandt:* „Alte Frau, sich die Nägel schneidend". Das Bild befindet sich in New York und ist wohl deshalb weniger bekannt.

Herr *Gottron* (Universitätshautklinik):

Melkerknoten bei einem 20jährigen Mädchen.

Die Patientin pflegte vor 4 Wochen eine kranke Kuh, die „Warzen" am Euter hatte. 14 Tage später bemerkte die Kranke am Daumen der linken Hand die Entwicklung von zwei etwa kirschkerngroßen knotigen Gebilden, die baldigst zentral pustulös umgewandelt wurden. 8 Tage später trat ein drittes gleichgestaltiges Knötchen am Daumenballen auf. In der linken Achselhöhle sind mehrere bohnengroße Drüsen vorhanden.

Anamnese und klinisch-morphologisches Erscheinungsbild ergeben das Vorliegen der erstmals von *Winternitz* beschriebenen Melkerknoten.

Wie ich ja bereits in der Junisitzung 1926 ausführte, ist es mir gelungen, die umstrittene Ätiologie dieses Krankheitsbildes dadurch zu klären, daß ich mit dem zerriebenen Material von Melkerknoten bei Impfung auf die Mamillen einer Kuh ein positives Impfresultat erzielen konnte. Es kam zur Ausbildung von etwa kleinerbsengroßen papulösen bzw. papulöpustulösen Gebilden, die sich klinisch als Kuhpocken erwiesen. Dieser Befund ist unterdessen durch größere Versuchsreihen aus der Gießener Hautklinik bestätigt worden.

Anläßlich der Demonstration eines Falles vom Melkerknoten durch Herrn Prof. *Löhe* wies ich darauf hin, daß das bei jenem Fall von Melkerknoten zustandegekommene varioloisartige Exanthem ein weiterer Stützpunkt dafür sei, daß es sich bei den Melkerknoten um eine Vakzineerkrankung handele.

Digitized by Google

Auch bei dieser Patientin kam es etwa 10 Tage nach Auftreten des letzten Melkerknötchens zur Entwicklung eines Exanthemes, das besonders am Rücken lokalisiert ist. Vorhanden sind bald lichter, bald dichter ausgestreute, follikulär angeordnete, lichenoide Papeln. Diese sind vielfach zentral pustulös. Mit der pustulösen Umwandlung des Zentrums geht einher die Ausbildung eines schmalen roten Hofes. Durch Konfluenz derartiger benachbarter Gebilde kommen unregelmäßig begrenzte flächenhafte Erytheme zustande, in deren Bereich sich lichenoide Papeln besonders abheben. Im ganzen ist also das Bild eines bald mehr lichenoidpapulösen bald mehr morbilliformen Exanthems vorhanden. Keine allgemeinen Drüsenschwellungen.

Es erhebt sich nun die Frage, welche nosologische Stellung diesem Exanthem zukommt. In Anbetracht dessen, daß es sich bei Melkerknoten um eine Vakzineerkrankung handelt, ist das Exanthem als ein postvakzinales Exanthem aufzufassen. Dabei lassen die zeitlichen und die morphologischen Verhältnisse eher an ein variolarashartiges als an ein varioloisartiges Krankheitsbild denken.

Es bleibe dabei dahingestellt, ob ein derartiges Exanthem wie das vorliegende auf Toxinwirkung zurückzuführen ist, wie man das allgemein in Anlehnung an die Auffassung von *v. Pirquet* von dem Variola-rash annimmt. Wahrscheinlicher erscheint es mir unter Berücksichtigung unserer Erfahrung bei der Tuberkulose und der Trichophytie, daß dieses lichenoide postvakzinale Exanthem einer hämatogenen Verbreitung der Erreger bei einem hohen Grad von erworbener oder natürlicher Immunität der Erkrankten seine Entstehung verdankt.

Herr *Buschke* demonstriert:

1. Einen 36 Jahre alten Postschaffner, der 1916 Lues acquirierte, Primäraffekt, Wa.R. leicht positiv. 1. Kur: 8 Neosalvarsan und 12 Hg. Wa.R. negativ. 1917. 2. Kur: 8 Neosalvarsan, 12 Hg. Wa.R. vor der Kur leicht positiv, nach der Kur negativ. Bis 1926 keine Therapie und keine Erscheinungen. 1926 Paralyse expansive Form. Malariakur ohne Vor- und Nachbehandlung.

Seit 4 Monaten traten nach einem leichten Trauma an der Stirn, Stoß mit einem Nagel, Geschwüre auf, die sich zu einem tubero-ulzerösen Syphilid entwickelten. Unter Jodkali zunächst Abheilung mit typischer Narbenbildung.

Diese Fälle, daß nach Malariabehandlung von Paralyse tertiäre Lues an der Haut auftritt, sind in der letzten Zeit häufiger beobachtet worden. Sie haben eine größere Bedeutung in theoretischer und praktischer Beziehung.

Wir wissen durch die Versuche von *Krafft-Ebing*, daß die Haut der Paralytiker gegen eine Neuinfektion absolut immun ist. Seinerzeit habe ich in den Arbeiten mit *Kroó* darauf hingewiesen, daß durch Salvarsan diese Hautimmunität unterdrückt werden könne, wie überhaupt Immunitätsvorgänge am Rekurrensmodell dies auch, wenn auch nicht sicher, so doch möglicherweise, festgestellt haben.

Ich wies dann darauf hin, daß bei der Paralyse eventuell dieser Beweis erbracht werden könnte, wenn man sie mit Salvarsan behandelt und dann die Haut neu impft. Ein solcher Versuch ist von *Weichbrodt* anscheinend gemacht und von *Jahnel* mitgeteilt worden. Vielleicht positiver Ausfall, aber nicht völlig gesichert.

Beobachtungen nun, wie im vorgestellten Fall, lassen die Möglichkeit offen, daß die Malaria eventuell auch die Hautimmunität, wenigstens für die eigenen Spirochäten, unterdrückt, wenn man nicht annehmen will, daß liegengebliebenes Kontagium durch die Malaria flottgemacht worden ist. Weitere

Digitized by Google

Beobachtungen und Experimente müssen diese Probleme verfolgen, welche meiner Meinung nach für die Fragen der Luesimmunität von der größten Bedeutung sind.

Praktisch ist zu erwägen, daß solche tertiäre Lues nach Malariakuren auch in den inneren Organen, besonders am Nervensystem, sich entwickeln kann. Deshalb halte ich es für wichtig, an diese Kuren in jedem Falle eine antisyphilitische Behandlung anzuschließen.

Aussprache:

Herr *Gottron:*

Bestätigend möchte ich zu den Ausführungen des Herrn Prof. *Buschke* bemerken, daß ich in den letzten Jahren mehrfach Gelegenheit hatte, bei mit Malaria behandelten Paralytikern die Entwicklung von tertiärsyphilitischen Erscheinungen an der Haut zu beobachten.

Herr *Buschke* demonstriert:

2. Einen 64 Jahre alten Mann, der Ende 1927 bis Januar 1928 eine schwere Grippe hatte und seitdem über Harnbeschwerden klagt. Er hat jetzt eine hochgradige Strikturierung der Urethra nahezu im ganzen Umfang derselben, und das Corpus cavernosum urethrae ist in den hinteren zwei Dritteln in einem knorpelharten, nicht schmerzhaften, scharf begrenzten Tumor verwandelt. Auf dem Röntgenbild sieht man von der Urethra im hinteren Abschnitt einzelne kleine Kanäle in den Tumor hineingehen.

Die serologische Untersuchung ist negativ; bezüglich Lues und Gonorrhoe besteht keine Anamnese.

Die Differentialdiagnose schwankt zwischen Induratio penis plastica, Geschwulst Lues III und Cavernitis des Corp. cavern. Urethrae eventuell mit Steinbildung.

Wir werden trotz des Mangels der Anamnese zunächst eine spezifische Behandlung versuchen, sonst muß operiert werden[1]).

3. Einen 44 Jahre alten Mann, der einen phagedaenischen Primäraffekt im Anfangsteil der Urethra hatte. Trotz schnell eingeleiteter spezifischer und Jodoformtherapie fand nahe dem Frenulum an zwei Stellen ein Durchbruch statt, der aber durch die Behandlung nun zum Stehen gebracht ist, allerdings mit Fistelbildung.

5. Eine 19 Jahre alte Frau mit zahlreichen Molluscа contagiosa auf der Stirn.

6. Ein 2 Jahre altes Kind, welches seit 14 Tagen ein über den ganzen Rumpf und die Extremitäten dicht verbreitetes Exanthem zeigt, das nur wenig juckt und aus dicht stehenden, nicht gruppierten, fast gleichmäßig etwa stecknadelkopfgroßen Bläschen und pruriginösen Knötchen besteht.

Vielleicht handelt es sich um eine entstehende Prurigo, da für Strophulus die urtikariellen Effloreszenzen fehlen. Das Kind ist sonst ganz gesund. Im Blut und in den Bläschen starke Eosinophilie.

7. Eine 40 Jahre alte Frau, welche 1926 sich mit glühendem Schmalz an der Stirn verbrannte. Im Anschluß daran entstand an dieser Stelle eine Geschwulst, welche operativ beseitigt und plastisch gedeckt wurde. August 1926 zunächst Heilung, seit 1927 Wiederaufbrechen und rapide Vergrößerung, so daß der größte Teil der Stirn ulzeriert ist, nekrotischer Knochen frei liegt. Die

[1]) Anm. bei der Korrektur: Auf Calomelinjektionen und Jodkali hat sich die Affektion stark zurückgebildet.

Digitized by Google

Möglichkeit einer Therapie mit Röntgen ist schon versucht worden, Koagulation kommt bei Freiliegen des Knochens nicht mehr in Frage. Ätiologisch handelt es sich um ein Basalzellenepitheliom. Ob daraus sich ein richtiges Karzinom entwickelt hat, worauf eine regionäre Lymphdrüse vielleicht hinweist, ist möglich. Eine neue Exzision zur Feststellung des genauen Leidens ist bis jetzt nicht ausgeführt.

Herr *Buschke: Knabe mit Alopecia areata, gebessert erst nach Thyreodinbehandlung.*

Ich stelle diesen Fall von Thyreodinbehandlung von Kindern mit Alopecia areata vor, weil ich doch glaube, daß manchmal der Eindruck eines Effektes der Behandlung nicht ganz abzulehnen ist, wenn er auch gewiß nicht immer stattfinden wird.

Aussprache:

Herr *Heller:*

Ich habe auf Anregung des Herrn *Buschke* bei einer an maligner Alopecia leidenden Patientin alle möglichen Organopräparate versucht, ohne den geringsten Erfolg zu sehen. Auch meine früheren Erfahrungen sind rein negativ. Man muß immer betonen, daß neben den gutartigen Alopezien maligne vorkommen, die eben jeder Therapie spotten.

Herr *Buschke:*

Herrn *Heller* möchte ich bemerken, daß natürlich bei Erwachsenen mit maligner Alopecia ein Erfolg schon deswegen nicht zu erwarten ist, weil die Follikel verödet sind. Diese Behandlung kann, wenn überhaupt, wohl nur bei Kindern Aussicht versprechen.

Herr *Bruhns: 13jähriger Knabe mit Elephantiasis penis et scroti.*

1. Patient (aus der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Westend, Dr. *Neupert*, stammend) zeigt starke Elephantiasis der Haut des Penis mit Phimose und des Scrotums, hier sitzen zahlreiche blaß-bläuliche glatte Tumoren von verschiedener Größe. Die Elephantiasis besteht sicher viele Jahre, ist wahrscheinlich angeboren. (Anamnese nicht genau zu erheben, da Patient Pflegekind.) Von vorangegangenen entzündlichen Prozessen an den Genitalien oder operativen Eingriffen hier oder an den Leistendrüsen ist nichts bekannt. Es ist anzunehmen, daß der Veränderung angeborene Lymphangiombildungen und Lymphangiectasien zugrunde liegen.

Erythrocyanosis puellarum von ungewöhnlicher Ausdehnung.

21jährige Patientin, gut ernährt, zeigt das Bild der Erythrocyanosis mit etwas teigiger Infiltration an den Unterschenkeln, von da erstreckt sich die blaurote Verfärbung über die Oberschenkel bis zu den Nates hinauf, ist ferner an den Armen, an den Mammae und auch etwas an den Wangen sichtbar. Die Verfärbung begann vor zirka drei Monaten oder etwas länger ohne vorangegangene Erfrierung oder sonstige Veranlassung, ging von den Händen und Füßen aus. Anfangs ganz ohne Beschwerden, seit einigen Wochen bestehen unbestimmte Schmerzen und Gefühl von Kribbeln in der Muskulatur der Arme und Beine, keine Druckempfindlichkeit, die Schmerzen sind nur zeitweise vorhanden, aber nicht so in den Vordergrund tretend und auch nicht so paroxysmal auftretend, wie bei Erythromelalgie. Das Fehlen jeder Atrophie spricht gegen eine Akrodermatitis atrophicans. Die Ausdehnung einer Erythrocyanosis cruris puellarum auf Oberschenkel, Nates, Mammae ist ungewöhnlich. Sonstiger körperlicher Befund o. B., auch neurologischer Befund o. B. Grundumsatz normal. Vegetatives Nervensystem zeigt geringe Überempfindlichkeit des Sympathicus.

Digitized by Google

Wa.R. negativ. Histologisches Bild: Erweiterte Lymphgefäße, Ödem des Papillarkörpers, etwas perivaskuläre Infiltration, keine atrophischen Vorgänge.

2. *Strichförmige Dermatose an der Hinterseite von Ober- und Unterschenkel bei 13jährigem Mädchen.* Der Streifen, der ungefähr den Voigtschen Grenzlinien entspricht, macht den klinischen Eindruck einer Neurodermitis, juckt aber gar nicht, ist daher doch vielleicht eher als Naevus aufzufassen. Daß der Streifen erst vor zirka zwei Monaten bemerkt sein soll, spricht nicht ohne weiteres dagegen.

Herr *W. Fischer:* Fall von ausgedehntem *Erythema exsudativum multiforme mit Beteiligung der Mundschleimhäute,* der Vagina und der Konjunktiven.

Frau G., 45 Jahre alt. Im März 1928 Auftreten von Ausschlägen an den Händen und im Nacken unter heftigem Jucken, Schüttelfrösten und Gliederschmerzen. 14 Tage später Geschwürsbildungen im Mund (Gaumen, Wangenschleimhaut, Zunge) und starke Entzündung der Konjunktiven mit Hornhautrandinfiltration.

Bis fast zu den Ellenbogen flachknotige, infiltrierte, randständig sich vergrößernde Effloreszenzen von blauroter Farbe (im Zentrum hochrot), am Rande zeitweise schmerzhaft und juckend. Durch Rezidive in loco zum Teil Irisform; nach der Involution am Rande Schuppung. Im Munde bis linsengroße, flache Geschwüre neben infiltrierten flach erhobenen bis pfennigstückgroßen Stellen. Neben äußerer Behandlung Salyzilsäurepräparate.

Herr *Erich Langer* (Derm. Abtlg., Krankenhaus Britz):

1. *Lichen ruber und Arsenkeratose* bei einem 42jährigen Manne. Die ersten Erscheinungen traten 1917 am Bauch auf; innerhalb von drei Monaten Ausbreitung des Lichen ruber über den ganzen Körper, der auch jetzt noch besonders an den Extremitäten in typischer Anordnung befallen ist. Von Mai 1919 bis Ende 1920 im ganzen 308 Arseninjektionen. Danach seit 1921 zunächst geringe Verhornung an den Händen und Füßen, die sich in den letzten Jahren so verschlimmert hat, daß Patient vollständig arbeitsunfähig geworden ist. Dazu seit etwa drei Jahren Haarausfall auf Kopf und Achseln, weniger an den Geschlechtsteilen, mäßige Braunfärbung der Haut und Atrophie der Haut. Für die Verhornungsanomalie der Hände und Füße käme eventuell differentialdiagnostisch die Keratodermia mac. dissem. *Buschke Fischer* in Frage.

2. *Diapositive von Röntgenaufnahmen einer gonorrhoischen Phlegmone des Handgelenks* bei einem 25jährigen jungen Mädchen, das anfangs März ganz akut mit Fieber und Schwellung und sehr starker Schmerzhaftigkeit des Handgelenks erkrankte. Untersuchung ergab eine gleichzeitige Gonorrhoe der Urethra, Cervix und des Rektums. Die Diapositive zeigen die hochgradige Beteiligung der Handwurzelknochen und des Radius an dem Gelenkprozeß mit gleichzeitiger Atrophie der Metakarpen. Vorläufig ist nach einem für drei Wochen angelegten Gipsverband die Funktion eine verhältnismäßig gute.

Aussprache:

Herr *Buschke:* Ich möchte die Hyperkeratose in den Handtellern am wahrscheinlichsten auf die hochgradige Arsenbehandlung zurückführen, wenn nicht das Gesamtbild eine atypische *Darier*sche Dermatose darstellt. Unter unsere Keratosis maculosa disseminata möchte ich sie in keinem Falle angliedern wegen der Massivität der Effloreszenzen.

Digitized by Google

Was die gonorrhoische Gelenkerkrankung betrifft, so ist die Beweglichkeitsentwicklung als ein sehr guter Erfolg zu verzeichnen, ebenso die Aufhellung des Gelenks im Röntgenbild.

Wir selbst verfügen leider über eine analoge Erfahrung bei einem Mann mit Handgelenkaffekten, bei dem uns das nicht gelang, weil der Patient selbst unseren Bemühungen starken Widerstand entgegensetzt und bekanntlich die gonorrhoischen Gelenke sehr zur Versteifung neigen.

Herr *Ledermann* stellt einen 41jährigen Mann mit *Lichen ruber planus* vor, bei welchem neben mäßiger Ausbreitung am Körper eine besonders charakteristische Lokalisation in der Mundschleimhaut und an der *Zunge* besteht. Während an den Kanten und der Unterfläche der Zunge sich die charakteristischen kleineren und größeren silberweißen und bläulich lividen, teils isoliert stehenden, teils konfluierten Knötchen finden, zeigt der Zungenrücken in seinem hinteren Drittel bläulichweiße, scharf begrenzte größere Plaques von sammetartiger Beschaffenheit.

Herr *Heller: Circumscripte Sklerodermie.* 19jährige Patientin ohne wesentliche Vorgeschichte. Die jetzige Erkrankung wurde im März 1927 bemerkt. Es bestand damals bereits ein großer weißlicher Fleck auf der Wirbelsäule, während ein anderer unterhalb und etwas nach hinten von der linken Spina anterior superior des Darmbeins gelegener noch ganz klein war und keinen roten Hof hatte. Dezember 1927 sollen die beiden jetzt am kleinsten erscheinenden Flecke entstanden sein. Beschwerden hatte der Patient nicht. Das Aussehen der einzelnen Flecke ist das gleiche, in der Mitte eine hellweiß erscheinende Partie, die bei dem älteren Fleck bereits gelbliche Einsprengungen zeigt. Diese Partien fühlen sich je nach dem Alter der Flecke verschieden hart an. Der größte Fleck ist 4:7 cm, der seitliche 2,5:5 cm im Durchmesser groß, die kleineren haben 1- -2-Markstückgröße. Die sehr ausgesprochenen erythematösen Ringe sind 1,5 cm breit (lilac ring.). Die Empfindungen der Haut für Wärme, Schmerz, Druck sind völlig unverändert.

Differentialdiagnostisch kommt eigentlich keine andere Erkrankung in Frage. Ein Naevus anaemicus kann nicht vorliegen, da die Affektion sich in kurzer Zeit entwickelt hat. Entzündliche Prozesse sind auszuschließen.

Herr *Heller: Hodenatrophie und Azoospermie als Folge der Operation einer indirekten Leistenhernie.* Patient ist ein gesunder Mann in der Mitte der 30er Jahre. Er war Soldat, hatte normal große Hoden. In seiner Ehe zeugte er drei Kinder verhältnismäßig schnell hintereinander. 1924 Bruchoperation (sehr schwierig) in einem Krankenhause. Trotzdem Patient auf der rechten Seite dreimal operiert wurde, ist Heilung der Hernia auch heute noch nicht erfolgt. Es entstand im Anschluß an eine Operation auf der linken Seite eine Nebenhodenentzündung, von der noch eine große Narbe sowie geringe Hydrozele nachweisbar sind. Auf der rechten Seite ist der *Hoden* in eine *harte*, kaum *klein-kirschgroße Geschwulst* verwandelt. Er erinnert an Zustände, die man früher nach schwerer interstitieller syphilitischer Orchitis sah. Patient hat seine volle Potenz behalten. Das Ejakulat ist aber völlig frei von Spermatozoen. Diese totale Azoospermie als Folge einer Bruchoperation scheint in der Literatur wenig bekannt zu sein. Es bestehen aber experimentelle Untersuchungen von *Cowper*, bei denen durch Verletzung des N. spermaticus bei Tieren Hodenatrophie hervorgerufen wurde. Nach Angabe des Kranken sind alle Operationen ohne besondere Komplikationen (Eiterungen) verlaufen.

Digitized by Google

Herr *H. Freund: Urticaria papulosa chronica mit teleangiektatischem Granulom.* 57jährige Patientin. Vor 15 Jahren am Unterleib operiert, seit 8 Jahren Beginn der heftig juckenden Hauterkrankung. Keine Abhängigkeit von der Jahreszeit. Leidet viel an Obstipation. — Vor ½ Jahr entstand auf dem linken Oberarm ein leicht blutendes Gewächs, welches nach einmaligem Abbinden abgestoßen wurde, aber bald von neuem auftrat. Die zweite Geschwulst fiel unter heftiger Blutung von selbst ab. 2—3 Monate später, vor jetzt etwa 10 Wochen, entstand an derselben Stelle der (unterdessen bereits exzidierte) Tumor.

Befallen Arme und Beine, insbesondere die Streckseiten, der Nacken und einzelne Teile von Brust und Rücken. Es handelt sich um typische, größtenteils zerkratzte, vielfach borkig belegte, erbsen- bis bohnengroße Knötchen und sekundäre Licheninfikation. Keine nennenswerte Drüsenschwellung. Innere Organe o. B., keine Würmer, im Blutbild leichte Lymphozytose, Alb. und Sach. —, Wa.R. —. In der Mitte des linken Oberarms an der Außenseite fand sich im Bereich der genannten zerkratzten Knötchen eine etwa kleinwallnußgroße, etwas abgeplattete Geschwulst mit feuchter, erodierter, frischroter oder schmierig belegter Oberfläche, welche mit einem zierlichen Stiel der Unterlage aufsitzt. Die Epidermis zieht sich kragenförmig bis etwa zur Mitte des Tumors, um hier mit scharfer Linie gegen die erodierte Fläche abzuschneiden. Konsistenz mittel. Keine regionären Drüsenschwellungen.

Histologischer Befund: typisch. Auffallend der Reichtum an eosinophilen Leukozyten (Zusammenhang mit der Dermatose?).

Abgesehen von der seltenen Lokalisation am Oberarm *(Hammerschmidt* und *Ludovici)*, ist das Auftreten der Geschwulst auf dem Boden einer mit Jucken verbundenen Dermatose sehr ungewöhnlich. Unter den 34 Fällen der Hautklinik aus den letzten Jahren, welche ich näher studiert habe, finden sich außer diesem nur noch 2 Fälle, bei welchen ein teleangiektatisches Granulom auf dem Boden von chronischen Ekzemen, einem Ekzem des Kopfes und einem Handekzem auftrat. Man muß sich bei diesen Beobachtungen fragen, ob die Granulombildung durch das Kratzen und eine vielleicht dadurch zustande gekommene Infektion herbeigeführt worden ist. Eine Infektion, besonders eine solche mit Staphylokokken, wird ja von vielen Seiten seit langem als Ursache des eigentümlichen Gebildes angenommen. Die Beweisführung für die staphylogene Natur dieser sogenannten Granulome basiert zum großen Teil auf dem fast regelmäßigen Nachweis von Staphylokokken auf der Schnittfläche der frisch durchschnittenen Geschwulst. Abgesehen davon, daß gelegentlich auch ganz andere Keime, z. B. Kolibazillen *(Alexander)*, gefunden werden, ist bei den bisherigen Untersuchungen der Möglichkeit, daß beim Durchschneiden der Geschwulst Keime von der Oberfläche in die Tiefe verschleppt werden, nicht genügend Rechnung getragen worden. Der vorliegende Fall bot nun Gelegenheit, unter sterilen Kautelen eine bakteriologische Untersuchung vorzunehmen. Zunächst wurden Abstriche von der Oberfläche vorgenommen, alsdann von der Schnittfläche der mit sterilen Instrumenten durchschnittenen Geschwulst. Nunmehr wurde die Schnittfläche oberflächlich mit dem Thermokauter verschorft, der Schorf steril abpräpariert und Gewebssaft aus der Tiefe gewonnen. Da die Geschwulst ungefähr die Größe einer Wallnuß hatte, ließ sich diese Maßnahme ohne Gefahr einer Verunreinigung von der Oberfläche her durchführen. Schließlich wurde noch eine neue Schnittfläche, senkrecht zur ersten, angelegt. Als Resultat ergab sich: Massenhaft

Digitized by Google

gelbe und weiße Staphylokokken an der Oberfläche, ganz vereinzelte Kolonien (4—6) auf der ersten Schnittfläche, *Sterilität* des aus der Tiefe gewonnenen Gewebssaftes nach Sterilisierung der Schnittfläche und wiederum einzelne Kolonien auf der nächsten Schnittfläche (je 3 Röhrchen). Das bakteriologische Ergebnis wurde durch den ganz negativ verlaufenen Versuch, Bakterien im Schnitt mit Gram- und Giemsafärbung im Innern der Geschwulst nachzuweisen, bekräftigt. Ich glaube daher mit Sicherheit aussagen zu können, daß in diesem Fall bakteriologisch nachweisbare Keime in der Tiefe der Geschwulst ursprünglich *nicht* vorhanden waren, und daß es sich bei den einzelnen, auf der ersten Schnittfläche gefundenen Kolonien um Verunreinigungen von der Oberfläche her gehandelt hat. Wie es sich mit den Staphylokokkenbefunden der seitherigen Untersucher verhält, muß dahingestellt bleiben. Jedenfalls sind die ohne entsprechende Kautelen ausgeführten Abimpfungen nicht ohne weiteres für die staphylogene Ätiologie der teleangiektatischen Granulome zu verwerten. Der Bakteriennachweis im Schnitt ist bisher auch nur ausnahmsweise in der Tiefe der Geschwulst gelungen. *(Sutton, Wile, Falkenstein.)*

50. Tagung der Vereinigung südwestdeutscher Dermatologen zu Frankfurt a. M. vom 10.—11. März 1928.

(Zusammengestellt von Dr. *Schmidt-La Baume.*)
Teilnehmerzahl ca. 200.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.), eröffnet die Versammlung und begrüßt die zahlreich anwesenden Mitglieder und Gäste. Nach einem kurzen Überblick über die Entwicklung der Vereinigung südwestdeutscher Dermatologen gedenkt er des vorstorbenen Frankfurter Mitgliedes *Julius Kohn*, der sich stets mit regem Interesse an den Kongressen beteiligte; die Versammlung erhebt sich zu seinen Ehren von den Plätzen.

W. Lipschütz (Frankfurt a. M.) (Direktor des Pharmakologischen Instituts): *Im Blut kreisende Stoffe als Grundlage für Lichtdermatosen.* (Erscheint ausführlich in der Zeitschrift für Strahlentherapie.)

Wucherpfennig (Münster): Bei drei Fällen von Lichtüberempfindlichkeit (zwei Hydroa aestivale pruriginosa, eine Urticaria photogenica) wurde versucht, den möglicherweise vorhandenen Sensibilisator zu finden.

Anamnestisch konnte ein per os oder sonstwie zugeführter Sensibilisator ausgeschlossen werden. Haematoporphyrin im Serum war mehrmals negativ. Auch irgendwelche Abbaustoffe des Chlorophylls konnten als nicht in Betracht kommend ausgeschlossen werden. Der Hämolyseversuch nach *Hausmann* fiel ebenfalls negativ aus. Bei allen drei Patientinnen sind aber Zusammenhänge des Leidens mit der mehr oder weniger gestörten Genitalfunktion festzustellen.

Die Lichtempfindlichkeit wird in einem Kurvenbild gezeigt. Als Einheit der Lichtmenge gilt die Kellersche H.S.E. und als jeweils zu erreichende biologische Reaktion die in allen drei Fällen vorhandene Lichtquaddel.

Untersuchungen über die Lichtquaddel selbst zeigen, daß die Lichtquaddel der Histaminquaddel sehr ähnelt (Demonstration). Es wurde auch die Überempfindlichkeit der Lichtdermatosen gegenüber fallenden Histaminkonzentrationen (intrakutan) geprüft. Die Patientin mit der Urticaria photogenica er-

Digitized by Google

weist sich als normal. Eine Patientin mit Hydroa aestivale pruriginosa ist zwei- bis dreimal überempfindlich. Drei Fälle von Urticaria factitia erweisen sich als normal (Kurvenbild).

Um die verschiedenen Lichterkrankungen in pathogenetischer und klinischer Hinsicht genauer zu erkennen, wird empfohlen, sie gegen ultraviolettes, sichtbares und ultrarotes Licht, sowohl quantitativ wie auch qualitativ zu prüfen und ihre Histaminempfindlichkeit festzustellen. (Erscheint ausführlich im Archiv für Derm. und Syph.)

Keller (Freiburg i. B.) macht darauf aufmerksam, daß bei Überempfindlichkeits-Untersuchungen der normalen Variationsbreite der Hautreaktionen Rechnung getragen werden muß.

P. S. Meyer (Mannheim): In unveröffentlichten Versuchen an der Universitäts-Hautklinik Breslau konnte ich beobachten, daß es auch bei Mäusen, die durch Eosin gegen Licht sensibilisiert waren, zu Gewöhnungserscheinungen kommt, wenn langsam ansteigend sensibilisiert und bestrahlt wird.

Das ist insofern auch für die Therapie interessant, als es mir wiederholt gelang, Patienten mit Hydroa aestivale durch langsam ansteigende Ultravioletbestrahlungen während des Winters für den Sommer vor der Krankheit bis zu einem hohen Grade zu schützen.

Bezüglich des Eiweißlichtschutzes möchte ich auf die neuen Untersuchungen von *Hausmann* hinweisen, der nachwies, daß vorbestrahlte Eiweißlösung die normale Haut vor der Lichtentzündung schützt.

Bernstein (Frankfurt a. M.) erinnert an einen Fall von Überempfindlichkeit gegen Sonnenstrahlen bei einem 16jährigen Mädchen, welches er vor 4 Jahren in der Hautklinik vorstellte. Es bestanden damals im Bereich des Gesichts und an den Händen in der Zeit des Ausfalls der Menses dermatitische Erscheinungen, namentlich nach Sonnenbestrahlung. Spontane Abheilung bei Vermeidung von Licht in 3–5 Tagen.

Heuck (München): Es sei daran erinnert, daß nicht nur Dysfunktion der Ovarien, sondern auch anderer endokriner Organe Photosensibilität erhöhen sollen, so soll für die erhöhte Photosensibilität der Akridinfarbstoffe öfters Dysfunktion der Schilddrüse die Ursache sein. Es ist bei solchen Erhebungen die interferometrische Methode zur Klärung mit heranzuziehen.

Schulz (Gießen): Bei einem wegen Gonorrhöe mit Gonoflavin behandelten Patienten trat im Anschluß an die Injektion an den mit Sonne belichteten Stellen eine scharf abgegrenzte Lichtdermatitis auf.

Schmidt-La Baume (Frankfurt a. M.): Im Anschluß an die Veröffentlichung des selten schwer mutilierenden Falles von Hydroa vacciniforme in der Frankfurter Universitäts-Hautklinik vom vorigen Jahre ist es vielleicht von Interesse, kurz über den weiteren Decursus morbi zu berichten. Die mehrzeitig in der Chirurgischen Universitäts-Klinik (Prof. *Schmieden*) vorgenommene Wanderlappen-Transplantation aus der Brust der Patientin zur Nasen- und Oberlippenplastik heilte trotz starker Atrophie der umgebenden Gesichtshaut wider Erwarten gut an. Erneute Lichtsensibilisierungsversuche ergaben, daß die Patientin sich zur Zeit in einer desensiblen Phase befindet, trotzdem der Urin gleichmäßig Porphyrin enthielt. Die Patientin steht im Beginn des 5. Jahrzehnts, wo ja meist eine Desensibilisierung der Haut gegen Lichtwirkungen eingetreten ist. Während der Menstruationen scheint die Haut lichtempfindlicher zu sein, was besonders in früheren Jahren von der Pa-

Digitized by Google

tientin bemerkt wurde. Es muß auch auf die Möglichkeit bestimmter überempfindlicher Hautgebiete, wie z. B. Gesicht und Hände, die dauernden Lichtreizen ausgesetzt sind, hingewiesen werden. Jedenfalls erscheinen bei unserem schweren Fall Stirn- und Handrückenpartien lichtsensibler als Haut an bedeckten Körperteilen.

Es sei endlich noch auf die bisher ungeklärte Stellung der Milz im Hämoglobinmetabolismus hingewiesen. Der monatelang bei der Patientin vorhandene Milztumor ist seit einigen Wochen spontan völlig zurückgebildet. Untersuchungen auf eventuelle Schwankungen im Chemismus des Porphyrins nach Schwinden des Milztumors sind im Gange.

Jadassohn (Breslau) fragt, ob alle drei Fälle des Herrn *Wucherpfennig* auf Lichtreize mit urticariellen Erscheinungen geantwortet haben, und ob die merkwürdige Lichtquaddelbildung genauer erforscht sei.

Wucherpfennig (Münster): Die erste Frage des Herrn Geheimrat *Jadassohn* ist dahin zu beantworten, daß die beiden Fälle von Hydroa aestivale prurigenosa neben den Hauterscheinungen, welche zur Stellung der genannten Diagnose notwendig sind, auch auf Belichtung Sofort-Reaktionen *(Marlenstein)*, d. h. Sofort-Rötung mit nachfolgender Quaddelbildung zeigten. Damit wird auch sogleich dem Einwand *Kellers* begegnet, daß bei Lichtprüfungen die normale Erythembreite zu berücksichtigen sei; denn bei Normalen sind weder Sofort-Rötung noch nachfolgende Quaddelbildung zu beobachten.

Die zweite Frage, ob die im Bild gezeigte merkwürdige Figurenbildung genau erforscht sei, muß mit nein beantwortet werden, da die Patientin sich der weiteren Behandlung entzog. Es handelt sich um einen Zufallsbefund gelegentlich der Empfindlichkeitsprüfung gegen Sonnenlicht.

11. März 1928. 2. Kongreßtag.

Vorstellung und Diskussion klinischer Fälle.

Linser (Tübingen): 1. *Leukoplakie der Zunge?*

24jährige Haustochter. Mutter an Kindbettfieber, Vater an Leberleiden gestorben. Mit 3 Jahren Pflegemutter bekommen, die an Tbc. puln. gestorben ist. Mit 11 Jahren Lungenkatarrh, 1926 wegen Ischias in Chirurg. Klinik (Tübingen) stationär. Mit 9 Jahren Veränderungen an der Zunge, vom Zahnarzt entdeckt. Zeitweise Schmerzen an der Zunge. Behinderung beim Essen. —

Befund: schwächlich, mäßiger Ernährungszustand. — In der ganzen mittleren Zungenpartie unregelmäßig begrenzte, teils weißliche, teils bläulichweißliche dünne Auflagerungen, die sich nicht abkratzen lassen. Zungenschleimhaut im ganzen Bereich der Veränderung glatt, lackartig, glänzend, Papillen verstrichen, atrophisch aussehend. An l. Wangenschleimhaut oberhalb der unteren Molaren ebenfalls ähnlich aussehende, bläulich-weiße Verfärbung. Wa.R. —.

Blutbild: o. B. — *Lunge* (auch röntgenologisch): Initiale Tbc. der Lungenspitze. Blutsenkung nicht beschleunigt (Med. Poliklinik, Tübingen). Alttuberk. Koch intradermal (1:5000). Reaktion +.

Hoffmann (Bonn) weist auf die Möglichkeit eines Lichen planus atrophicus hin, wofür kleine plattenförmige weißliche Herde sprechen könnten. Diagnose ohne Kenntnis des genauen Verlaufes sowie histologischer Präparate unmöglich.

Digitized by Google

Hoffmann (Tübingen): Die Möglichkeit eines Lichen ruber, und zwar eines zur Atrophie führenden liegt natürlich vor. Histologische Untersuchung bisher noch nicht angestellt.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.): Leukoplakien kommen angeboren vor. Hinweis auf einen Breslauer Fall. Die Diagnose ohne die typischen stecknadelspitzgroßen nach *Touton* in Strickwerkform angeordneten Affektionen nicht möglich.

Linser (Tübingen): Die Affektion begann im 9. Jahre mit geschwürigen Veränderungen nach der Anamnese auf der Zunge. Eine lichenartige Erkrankung wurde nicht erwiesen.

Keining (Hamburg) macht auf Veränderungen an der Wangenschleimhaut der Patientin aufmerksam, die er mit Sicherheit für Lichen ruber hält.

Linser (Tübingen): 2. *Mycosis fungoides.*

32jährige Frau. Familienvorgeschichte o. B. Vier gesunde Kinder, nie ernstlich krank. Beginn der Krankheit an beiden Beinen vor 3 Jahren. In der 7. Schwangerschaftswoche, vor 3/4 Jahren Ausbreitung über den ganzen Körper. Befund: mäßiger Ernährungszustand. Haut des ganzen Körpers leicht verdickt, schmutzig grau-braun. An Gesicht, Brust, Bauch, Rücken und Oberschenkeln verstreut sehr zahlreiche, etwa bohnen- bis hühnereigroße, mäßig derbe kutane Tumoren, zum Teil gruppiert. In beiden Achselhöhlen und an beiden Brustwarzen Tumoren zu dichten Massen zusammengeschmolzen, mit vielfach erodierter Oberfläche, zum Teil nässend und mit Krusten bedeckt. Tumormassen in beiden Achselhöhlen, warzenartig, mazeriert, aus Achselfalten hervorquellend. Keine spontane Druckschmerzhaftigkeit. Zunge im hinteren Abschnitt mit kleinen warzenförmigen Höckern bedeckt. Blutbefund: Erythrozyten —. Weiße Blutkörperchen 18200. Differenzierung: Lymphozyten 51%, Segmente 34, Stäbe 4, Basophile 1, Eosinophile 6, Monozyten 2, Übergangsformen 2%.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.) erinnert an einen ähnlichen Fall, den er mit *Martin* im neuen Handbuch der Geschlechtskrankheiten beschrieb.

Linser (Tübingen): 3. *Fall zur Diagnose.*

1¼jähriger Junge. Familienvorgeschichte auch bezüglich Tbc. o. B. Vollständig ausgetragenes Kind; normale Geburt. Beide Hoden angeblich schon bei Geburt abnorm groß. Hebamme soll nach Entbindung auf l. Schulter derben, von normaler Haut überzogenen Knoten bemerkt haben. Dezember 1927 plötzlich doppelseitige Hodenschwellung. Keine Schmerzhaftigkeit. Keine Störung des Allgemeinbefindens. Nach Weihnachten 1927 mehrere Knoten an verschiedenen Stellen in der Haut. Bisher Salbenbehandlung, erfolglos. *Befund* (Januar 1928): mäßiger Ernährungszustand, schlaffer Turgor, blasse Gesichtsfarbe, mäßige Rachitis. — Beide Hoden und Nebenhoden bilden zusammen sehr derben, länglichen, kleinhühnereigroßen Tumor. Oben hinten kappenartiger Aufsatz und mitten längliche Furche. Keine Fluktuation oder wesentliche Druckempfindlichkeit. Links oberhalb des Hodentumors etwa walnußgroße Geschwulst, beweglich, weniger derb als der Hodentumor. Rektal o. B. An beiden Schultern und rechter Leistengegend scharf begrenzte Tumoren von Bohnen- bis Pflaumengröße (derb, rundlich, plattenartig). Die Haut darüber ist bläulich-rot, etwas verdünnt, nicht verschieblich, stellenweise teleangiektatisch. Auf behaartem Kopf an r. Schläfe fünfmarkstückgroße, mit bräunlichen Schuppen und Krusten bedeckter Herd (seborrhöisches Ekzem).

Digitized by Google

In Mitte der großen Fontanelle erbsengroße, bewegliche, derbe Geschwulst. — Innere Organe: Universitäts-Kinderklinik o. B. Tuberkulin und Pirquet negativ. Auf $^1/_{10}$ mg A.T.K. weder örtliche noch Herd-, noch Allgemeinreaktion. Blutbild: o. B. Wa.R. —. Hodenpunktion ergibt keine Flüssigkeit. Die histologische Untersuchung (r. Schulter) im Bereich des Koriums und der Tela subcutanea dichte zelluläre Infiltration von Rundzellen mit zahlreichen Mitosen und reichlichem Kernchromatin. Nichts von Tb. Wahrscheinlich plastomatöse, sarkomatöse Infiltration der Haut (Prof. *Schmincke*, Tübingen). In letzten Wochen zahlreiche Bildung neuer Tumoren an verschiedensten Hautstellen.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.) erinnert an einen ähnlichen Fall aus Höchst, bei welchem multiple Sarkome festgestellt wurden.

Jadassohn (Breslau) weist auf die Möglichkeit eines Lymphosarkoms hin.

Linser (Tübingen): Im Blutbild sprechen keine Veränderungen für Lymphosarkom.

Arning (Hamburg) hält einen Zusammenhang mit Leukämie für möglich und sah 1901 einen ähnlichen Fall wie *Josef* (Berlin), ein Kind mit Hauttumoren, die Haut darüber blau livide verfärbt. In diesem Fall Sarkom das Wahrscheinlichste.

Zieler (Würzburg) erinnert an ähnliche Fälle, die sich histologisch als Peritheliom erwiesen.

Arning (Hamburg): Die Tumoren erinnern sehr an einen vor langen Jahren im Atlas seltener Hautkrankheiten veröffentlichten Fall von pseudoleukämischen Tumoren (von ihm selbst beschrieben). Bei dem Bestehen des Hodentumors liegt es aber doch näher, hier an metastatische Sarkome, vom Hoden ausgehend, zu denken.

Katz (Nürnberg) weist auf eine bei dem Kind bestehende Fazialisparese hin; fragt nach dem psychischen Verhalten und äußert Verdacht auf bereits bestehende Gehirnmetastasen, die bei Sarkom möglich sind.

Linser (Tübingen): Es besteht auch eine leichte Parese des linken Beines.

Hoffmann (Bonn) schließt sich auf Grund der klinischen und mikroskopischen Befunde der Diagnose doppelseitiges Hodensarkom mit regionären und fernen Metastasen an. Er hat solche schnellwachsenden malignen Tumoren mit *Garré* gesehen.

Linser (Tübingen): *„Fall zur Diagnose"*.

22 jähriger Schlosser, wegen Condylomata acuminata an Eichel und Vorhaut in Behandlung. Als Nebenbefund in Kreuzbeingegend scharf abgegrenzte, auf Unterlage verschiebliche, ziemlich derbe und bei Druck leicht schmerzhafte Knoten, zum Teil mehr länglich, zum Teil rundlich. Bedeckende Haut teilweise vorgewölbt und über Knoten schwach bläulich. Kranker bemerkt die Knoten seit 3 Jahren, keine Schmerzhaftigkeit. Innere Organe o. B. Blut: o. B. ATK. = Pirquet negativ. Starker Dermographismus. Nervensystem: o. B. Histologisch: Um Endstücke von Schweißdrüsen, lockeres, zellreiches, zum Teil stark ödematöses an Schleimgewebe erinnerndes Bindegewebe. Einlagerungen imponieren so als kleine, weiche Fibromknoten. In einem Präparat eine Nervenfaser. Multiple Neurofibrome, Neuromyxome? (Professor *Schmincke*, Tübingen.)

Digitized by Google

Gans (Heidelberg): Histologisch Lymphangiom-Hämangiom, sehr zellreich mit myxomatöser Umwandlung. Kein Anhalt für Lymphogranulom. Möglichkeit maligner Weiterentwicklung ist auf Grund des histologischen Befundes nicht völlig abzulehnen.

Katz (Nürnberg) fragt, ob die innerliche Untersuchung Anhaltspunkte für *Hodgkin*sche Krankheit ergibt.

Linser (Tübingen): Es wurden keinerlei innere pathologische Veränderungen mit Verdacht auf Leukämie oder Tuberkulose festgestellt.

Gans (Heidelberg) hält die Diagnose *Hodgkin* für unwahrscheinlich.

Hoffmann, Heinr. (Tübingen): 1. *„Leukokeratose der Mundschleimhaut bei Psoriasis vulgaris."*

55 jähriger Gastwirt (von *H. Reil*, Derm. Zeitschrift, Bd. 32, S. 215, 1921 ausführlich veröffentlicht). Seit 1921 häufige klinische Behandlung wegen hartnäckig rezidivierender Psoriasis am Körper. Schleimhauterscheinungen seither im allgemeinen unverändert. *Befund:* Zu beiden Seiten des harten Gaumens je eine dreieckige, schmutzig grauweise Plaque mit rauher Oberfläche, wie Schuppenauflagerung aussehend. An Wangenschleimhaut rechts ebenfalls grauweißlicher, ganz ähnlicher rundlicher Herd. Resistenzvermehrung der Herde gegenüber normaler Schleimhaut. Bei Kratzen mit scharfem Löffel keine nennenswerte Abhebung von Teilchen, keine kapilläre Blutung. Histologisch (1921): Vermehrung der eleidinhaltigen Zellen und hypertrophisches, kernloses Oberflächenepithel. Histologische Untersuchung 1928 steht noch aus. Seit 1½ Jahren frei von Psoriasis am Körper gewesen. Jetzt wieder an Bauch, Kreuzgegend und Ellenbogen typische Psoriasisefflorescenzen. Wa.R. negativ. — Echte Schleimhautpsoriasis? Leukokeratose in ursächlichem Zusammenhang mit Psoriasis?

Hoffmann, Heinr. (Tübingen): Der Kranke ist mäßiger Raucher und trinkt angeblich wenig Alkohol. Derartige chronische Reize sind also bei vorliegendem Fall nicht auszuschließen.

K. Herxheimer (Frankfurt): Die Psoriasis der Mundschleimhaut ist ein umstrittenes Gebiet. *Nielsen* (Kopenhagen) konnte vor etwa 25 Jahren bei 125 Fällen 5 Lokalisationen an der Mundschleimhaut feststellen. Vor einigen Tagen wurde in der hiesigen Klinik ein Fall von Psoriasis der Lippenschleimhaut beobachtet, der später hier vorgeführt wird.

E. Hoffmann (Bonn) macht auf die Fälle von Leukokeratose bei der *Duhring*schen Dermatose aufmerksam, die in Bonn und in Bern gezeigt wurden, die in den eigenen Fällen aber auf Reizung der Mundschleimhaut durch Tabak beruhten, auch andere chronische Reize kommen natürlich in Frage.

Dreyer (Köln): Bei 3 Fällen von Psoriasis der Schleimhaut wurde Parakeratose, Verdickung des Rete, geringes Infiltrat in der Submukosa, Erhaltenbleiben der elastischen Fasern festgestellt. Bei der Leukoplakie wurde Hyperkeratose, Atrophie des Rete, sowie der elastischen Fasern gefunden.

Klingmüller (Kiel): Es handelt sich in diesen Fällen weder um Psoriasis noch um Keratose. Histologisch ist davon nichts zu finden. Unsere Fälle heilten, wenn das Tabakrauchen ausgesetzt wurde, in kurzer Zeit.

Jadassohn (Breslau) glaubt in diesem Fall an Psoriasis. Erinnert an ähnliche Bilder beim Darier. Ohne histologische Untersuchung ist keine Diagnose festzustellen. Er kennt ähnliche Veränderungen der Mundschleimhaut

Digitized by Google

bei Dermatitis herpediformis nicht. Er macht ferner auf den sklerodermatoiden Zustand der Hände des Patienten aufmerksam.

K. Herxheimer (Frankfurt) fragt, ob Herr *Jadassohn* einen nur auf die Mundschleimhaut beschränkten Darier gesehen hat. *Jadassohn* (Breslau) verneint das.

Hoffmann, Heinr. (Tübingen): *Reil* hat 1921 sehr wohl histologische Veränderungen beschrieben (Hyperkeratose, Parakeratose u. a.), die wohl auch jetzt bei histologischer Untersuchung in ähnlicher Weise gefunden werden dürfte.

Arning (Hamburg) weist darauf hin, daß die weiße Farbe derartiger Schleimhautaffektionen immer durch die keratotischen oder parakeratotischen Epithelveränderungen entstehen.

Galewsky (Dresden) hat verschiedene ähnliche Fälle gesehen, bei denen er keine sichere Diagnose stellen konnte. Einer der Patienten war Nichtraucher und sehr mäßig im Alkoholgenuß.

K. Herxheimer (Frankfurt) weist auf die Wichtigkeit der Ergründung der Ätiologie hin.

Hoffmann, Heinr. (Tübingen): 2. „Papulonekrotische Tuberkulide (Purpura haemorrhagica)".

22jähriger Zimmermann, Hereditär o. B., mit 6 Jahren Halsdrüsen-Operation, mit 14 Jahren doppelseitige Augenentzündung, mit 18 Jahren zum ersten Male hämorrhagisches Exanthem und starkes Nasenbluten, das sich jedes Frühjahr regelmäßig wiederholt hat. 1924 deswegen 3 Wochen in der Medizinischen Klinik Tübingen. Blutplättchen damals 74 400, Blut sonst o. B. Damals Milzbestrahlung mit Röntgen (4 mal bestrahlt). Kein Einfluß auf die Purpura. Vor einem Jahr Ausschlag an beiden Ober- und Unterschenkeln. Im Gegensatz zu dem sonstigen hämorrhagischen Exanthem Narben hinterlassen. Haut: vorwiegend an Streckseiten beider Ober- und Unterschenkel, diffus verstreut zahlreiche, etwa linsen- bis pfenniggroße, scharf begrenzte, etwas vertiefte, leicht bräunlich gefärbte Narben mit schmalem, lividem Hof. An Fußgelenken Gruppenbildung. In Wadengegend beiderseits blaurote, derbe kutan-subkutane Knoten von Kirsch- bis Pflaumengröße. Keine Schmerzhaftigkeit, keine regionären Drüsenschwellungen. Lungen: o. B. ATK. intrakutan 1:5000 +++, 1:10 000 ++, 1:100 000 +. Wa.R. —. Blutbild: o. B. Blutplättchen: 96 000. Blutungszeit: 8 Minuten. Blutgerinnungszeit: 12—22 Minuten, Stauungsversuch: negativ. Meerschweinchenimpfung mit Exzisionsstück von kutan-subkutanem Knoten noch kein einwandfreies Ergebnis, wahrscheinlich Tb. positiv. Histologisch: Tuberkuloide Struktur, *Langhans*sche Riesenzellen.

Es liegen hier meines Erachtens fließende Übergänge vor zwischen oberflächlichen (Folliclis), tieferen Tuberkulin- (Aknitis) und richtig kutan-subkutanen Knoten, die in das Gebiet des Erythema induratum gehören. Für das Letztere spricht der positive Tierversuch.

K. Herxheimer (Frankfurt) weist auf die Möglichkeit eines Bazin hin. Ähnliche subkutane Tumoren wurden bereits in der ursprünglichen Beschreibung von *Bazin* festgelegt.

Hoffmann, Heinr. (Tübingen): „Tbc. der Lippen- und Wangenschleimhaut".

29jähriger Fabrikarbeiter. Hereditär: o. B. Bis Februar 1927 außer Beinbruch und Grippe gesund. Zu dieser Zeit an rechter Wangenschleimhaut

Digitized by Google

Bläschen, das sich allmählich vergrößerte und zu höckrigen und zottigen Gebilden führte. Befund Januar 1928: An Unterlippe rechts erbsengroßes Geschwür mit zackigen Rändern, ohne wesentliche Infiltration. Grund rauh gekörnt. Lippenschleimhaut nach innen zu auch geschwürig verändert. Rechte Wangenschleimhaut etwa 3 cm weit nach dem Rachen zu fingerbreit verdickt mit kleinen Höckern und zottenartigen Gebilden besetzt. Keine Schmerzhaftigkeit. Regionäre Drüsen: o. B. Schlechter Ernährungszustand, von Tb. auch röntgenologisch nichts. Keinerlei Reaktion nach 1 mg ATK. Wa.R. mehrfach negativ. Blutbild: o. B. Probeexzision: Granulationsgewebe ohne deutliche tuberkuloide Struktur und ohne Riesenzellen. Meerschweinchenimpfung auf Tb. positiv. Nach Röntgenbestrahlung Besserung. Miliare Knötchen konnten nicht festgestellt werden, sondern nur ziemlich oberflächliche, nicht infiltrierte Geschwüre.

K. Herxheimer (Frankfurt): *Veiel sen.* stellte früher mehrere ähnliche Fälle mit Primäreffloreszenzen am Zäpfchen vor.

Linser (Tübingen) hebt noch besonders hervor, daß der Fall pulmonal keine Erscheinungen bot.

Gans (Heidelberg): Es wäre möglich, daß es sich um eine Primärinfektion handelt, da wir ulzeröse Schleimhaut-Tbc. eigentlich nur im Anschluß an pulmonale oder intestinale Phthisen mit reichlichem Bazillenauswurf kennen. Die negative Tb.-Reaktion wäre vielleicht in jenem Sinne zu erwarten. Dieser Fall wäre dann ein klinisches Analogon zu den primären Impftuberkulosen *Lewandowskys.*

Jadassohn (Breslau) betont, daß auch nach dem negativen Tuberkulinresultat nicht auf eine primäre Infektion geschlossen werden könne. Bei einer primären Infektion müßten sich histologisch leicht Bazillen oder tuberkuloides Gewebe finden.

Keining (Hamburg) fragt nach der Wa.R., die negativ ist.

Rost (Freiburg i. B.):: *Pemphigus circinatus? Duhringsche Krankheit?* (Moulage.)

62 jährige Frau, Vorgeschichte belanglos, Zugang: Ende Januar. Seit 5 Wochen Auftreten folgender Hauterscheinungen: 1. handtellergroßer Herd an der linken Wange, teils nässend, teils schuppig, krustig. 2. Ausgedehntes Exanthem an Rumpf und Gliedmaßen in Form etwa 1 cm breiter Girlanden und Kreise von rot-blauer bis braun-roter Farbe mit starkem Juckreiz. 3. An Rücken und Gesäß diffus verstreute Blasen bis haselnußgroß. Im Blut (24%) und Blaseninhalt reichlich eosinophile Leukozyten. Nicolsky und NaCl-Verminderung negativ. Auf Jodkali starke Vermehrung der Blasen. Auf Chinin Abklingen des gyrierten Exanthems. Wegen akuter Kreislaufinsuffizienz (Chininwirkung) Vorstellung der Pat. nicht möglich, dafür Demonstration von Moulagen und Photographien.

Kohlenberger (Mainz) fragt nach Chloriden im Harn, die nicht vermindert sind.

Jadassohn (Breslau): Was spricht gegen *Duhring*sche Krankheit? Diese kann lange ohne Blaseneruptionen verlaufen. Die Jodkalireaktion erwies sich in der Breslauer Klinik als spezifisch. Es besteht ferner noch die Möglichkeit eines Erythema migrans (*Darier*).

K. Herxheimer (Frankfurt) weist auf das Vorkommen von *Duhring*-Erkrankungen hin, bei welchen sich die Bläschengruppen zu Kreisen ver-

Digitized by Google

einigen. Von 15 Jodkalireaktionen sah er nur eine positive bei *Duhring*. Die 50 % ige Jodkalisalbe konnte ohne ausfallendes Jodkali hier nicht hergestellt werden.

Rost (Freiburg i. B.) sah bei *Duhring* nach Applikation auch hoher Konzentrationen von Jodkalisalbe nicht immer positive Reaktionen. Dagegen stets zum Teil sehr starke Reaktionen nach oraler Verabreichung von *IK*. Er weist ferner auf die Möglichkeit des Überganges von *Duhring* in Pemphigus vulgaris hin, die er in einem letal verlaufenden Fall auch unter Jodkalizufuhr beobachten konnte.

K. Herxheimer (Frankfurt) weist auf Mischfälle hin zwischen Pemphigus und Duhring.

Jadassohn (Breslau) steht auf dem Standpunkt, daß es zwei verschiedene Krankheiten sind, bei welchen jedoch Übergangsformen möglich sind.

v. Zumbusch (München) schließt sich den Äußerungen *Jadassohns* an und weist auf die Schwierigkeit und Unsicherheit hin, so dunkle und variable Krankheitsbilder voneinander zu trennen.

Klingmüller (Kiel): Am besten reiht man diesen Fall unter die Gruppe des Erythema centrifugum ein, welche durch neuere Mitteilungen erweitert wird, und läßt die Differentialdiagnose zwischen Dermatitis herpetiformis und Pemphigus beiseite. Die Dermatitis herpetiformis ist nicht so stationär, wie hier geschildert wird.

C. Gutmann (Wiesbaden): 1. 77jähriger Herr, A. R., mit Lues III serpiginosa oder Tbc. kutis serpiginosa? Beginn des Leidens 1919 mit einem harten Knollen hinter dem rechten Ohr, seitdem langsame Weiterausbreitung. Zunächst jahrelang indifferente Behandlung. Im Mai 1926 von dermatologischer Seite Lues angenommen und Jodkali verordnet, worauf vorübergehend Besserung sich einstellte. Im Februar/März 1927 starke Salvarsan-Bi.-Behandlung durch anderen Dermatologen bei zweifelhafter Wa.R. ohne jeden Erfolg. Zurzeit besteht ein serpiginös fortschreitender Hautausschlag, der fast die ganze rechte Gesichtshälfte und die rechte Halsseite einnimmt, ferner die Gegend des rechten Ohres und die sich anschließende Nackenpartie, weiter Kinngegend und die ihr benachbarte linke Wangenpartie und endlich auch noch die Vorderfläche des Halses. Randpartien eingenommen von nicht miteinander zusammenhängenden, mehr minder umfangreichen, ziemlich derben, teilweise tumorartig beschaffenen Infiltraten. Diese kaum irgendwo auch nur andeutungsweise ulzeriert, ihre Farbe eine schmutzig-rote, stellenweise auch mehr livide rote; bei Glasdruck nirgends mit Sicherheit Einzelknötchen erkennbar. Wohl aber finden sich solche in geringer Zahl, und zwar gelblich-braun gefärbt, neben vereinzelten größeren, im übrigen aber planen Infiltraten, in dem ausgedehnten, im ganzen oberflächlichen, streckenweise wie gestrickt aussehenden Narbengewebe, welches das Zentrum der Affektion einnimmt. Besonders erwähnenswert, daß ein großer Teil der rechten Ohrmuschel zerstört, die noch übrigen Teile, einschließlich Ohrläppchen, beträchtlich verdickt sind und einige oberflächliche, schmierig belegte Ulzerationen aufweisen. Nirgends regionäre Drüsenschwellung. Haut des übrigen Körpers o. B., ebenso Schleimhäute. Allgemeinbefinden vortrefflich. Wa.R. und Mein. ++++. Die histologische Untersuchung eines aus der rechten Jochbeingegend exzidierten Hautstückchens ergibt ausgesprochen tuberkuloide Veränderungen.

Hoffmann, Heinr. (Tübingen) hält den Fall für eine tuberkulöse Erkrankung, da die spezifische Therapie erfolglos war; die positive Seroreaktion

Digitized by Google

spricht nur für alte, eventuell weit zurückliegende Lues; Liquoruntersuchung erwünscht. Erinnert viel an die Mischinfektion von L. und Tbc., wie sie zum Beispiel in letzter Zeit klinisch und experimentell festgestellt wurde.

C. Gutmann (Wiesbaden): 2. (Mit Projektion).

21½ jähriges Mädchen, Luise H., kräftig entwickelt, mit einer doppelten Affektion der Haut, nämlich a) einer chronischen, häufig rezidivierenden Purpura simplex, und b) einer ebenfalls seit Jahren bestehenden Neigung zu akuter Geschwürsbildung in einem Teilbereich dieser Purpura. Ad a): Vor über 7 Jahren, wenige Monate nach Eintritt der Pubertät, erstmalig bis über linsengroße Hautblutungen an den Extremitäten ohne irgendwelche sonstigen Störungen, seitdem Wiederholung dieser Blutungen bis auf den heutigen Tag in unregelmäßigen Zwischenräumen. Sitz der Blutungen obere Extremitäten, mit Ausnahme der Hände, Nates und untere Extremitäten mit Ausnahme der Fußsohlen. Zurzeit nur spärliche, allerkleinste Blutungen in der Höhe beider Ellenbeugen. Ad b): Vor etwa 6 Jahren zum ersten Male Geschwürsbildung an den Unterschenkeln ohne besonderen Anlaß in wenigen Tagen; jetzt beide Unterschenkel und Fußrücken mit größeren und kleineren, meist ziemlich oberflächlichen Narben geradezu übersät, daneben eine ganze Anzahl mehr oder minder großer, in Überhäutung begriffener, oberflächlicher Substanzverluste, die wenige Wochen zuvor bei der Aufnahme nicht wesentlich tiefer, aber schmierig belegt waren und sehr heftige Schmerzen machten. Direktes Hervorgehen eines Ulkus aus einer Blutung niemals bisher sicher beobachtet. Andererseits keine Varizen. Die Unterschenkel bei den letzten Purpuraschüben weitgehend ausgespart; Ulzera entstehen nur bei stärkerer körperlicher Anstrengung und zeigen in Ruhelage gute Heilungstendenz. Allgemeinbefinden ungestört. An den inneren Organen, abgesehen von leichter Milzvergrößerung, keine Veränderung. Blutdruck normal. 4200000 Erythrozyten und 11200 Leukozyten. Im Blutausstrich geringe Lymphozytose, sonst nichts Besonderes, insonderheit keine Thrombopenie. Keine Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. Blutungszeit und Blutgerinnungszeit innerhalb der Grenzen des Normalen. Keine Blutungen durch Stauung auslösbar. Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen, wenige Tage bestehenden Ulkus ergab nur insofern etwas Besonderes, als sich in der Tiefe, und zwar an der Grenze von Kutis und Subkutis und etwa der Mitte des Ulkus entsprechend und zugleich weitab vom Geschwürsgrund eine Arterie fand, deren Muskulatur zweifellos erheblich hypertrophisch und deren Lumen durch Intimawucherung fast völlig verlegt war. Veränderungen an den Gefäßen der Kutis und Subkutis, darunter auch Endarteriitis obliterans, gehören bei den verschiedensten Formen der Purpura zu den regelmäßigen Vorkommnissen (s. *F. Hammer*, Hämorrhagische Krankheiten. Handbuch, Bd. VI, 2, S. 548), dagegen scheint das Nebeneinandervorkommen solcher Veränderungen und Geschwürsbildung an der Haut etwas Ungewöhnliches zu sein.

K. Herxheimer (Frankfurt) schlägt als Therapie Monate hindurch zunehmende innerliche Dosen von Natrium salicyl. 3 mal 1 g vor.

Galewsky (Dresden) glaubt unter Umständen mit Tuberkulin Heilungen erreichen zu können.

Dr. *Stein* (Hanau): *Lupus erythematosus corporis.* 19 jähriges Mädchen. Beginn der Erkrankung vor 6 Jahren. Jetzt bläulich-rote, zentrifugal sich vergrößernde Flecken mit einem leicht erhabenen wallartigen Rand. Hier und

Digitized by Google

da Auflockerung von kleinen Schüppchen, nicht schmerzhaft, Pulmonal o. B. Die Probeexzision bestätigt die Diagnose. Histologisch suprafollikuläre Hyperkeratose, darüber Abflachung der Epidermis. Differentialdiagnose zunächst rheumatoide Hauterkrankungen.

K. Herxheimer (Frankfurt) hält Granuloma annulare für ausgeschlossen. Die histologische Beschaffenheit sichert die Diagnose Lupus erythematosus.

Jadassohn (Breslau) denkt an ein Sarkoid mit zentraler Involution. Die Art der Rückbildung und das Fehlen der epiderminalen Veränderungen spricht gegen Lupus erythematosus. Tiefe Randexzision, Tuberkulinreaktion und Lungendurchleuchtung müssen die Diagnose ermöglichen.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.) hält nach dem histologischen Bild wegen Struktur und der fehlenden bindegewebigen Begrenzung der Tumoren die Diagnose Boeck nicht für vorliegend. Gewisse Analogie klinisch mit einem Fall von flachem Boeck vor kurzem in der Frankfurter Klinik.

H. Müller (Mainz) stellt die Diagnose soweit klinisch möglich für die Erscheinung am Knie auf Sarkoid, während die übrigen Stellen als Lup. erythem. anzusprechen sind, also Mischform.

Greif (Worms): *Sclerodermie en bandes.*

60 Jahre alte Frau. Heriditär o. B. Seit 3 Jahren Verhärtung am r. Oberarm. Behandlungsbeginn: Oktober 1926. Damals bestand an der Streckseite des r. Oberarms eine harte handbreit große Fläche mit straff gespannter nicht faltbarer glänzender pigmentloser Haut. Ein eben solcher etwa 2 cm breiter Streifen zieht zur Ellenbeuge. Nachdem die Patientin 3/4 Jahre ohne Behandlung war, tritt ein stark indurierter Streifen der gleichen Beschaffenheit wie oben auch am Unterarm auf. Die Therapie besteht in Massagebehandlung und Diathermie.

K. Herxheimer (Frankfurt) bezeichnet die Diagnose ebenfalls als Sclerodermie en bandes.

E. Hoffmann (Bonn) macht auf eine leichte Hemiatrophie der einen Gesichtshälfte der Patientin aufmerksam.

Frl. Dr. *Ulitzka* (Frankfurt a. M.): *Poikilodermia atrophicans vascularis. (Jakobi.)*

24 Jahre alte Patientin. Beginn des Leidens vor 4 Jahren mit roten Flecken an beiden Halsseiten, die bald braun wurden und auch die obere Thoraxhälfte und das Gesicht übergriffen. Zeitweise Ödem der Augengegend, das auf Hypophysien zurückging. Neben den Flecken zahlreiche kleinste Teleangiektasen im Gesicht und am Hals. Die obere Thoraxhälfte und die Arme zeigen eine auffallende Muskelatrophie. Neurologisch: o. B. Wa.R. —. Im April 1927 wurde ein Addison festgestellt, der sich unter entsprechender Behandlung erheblich besserte. Seit Januar 1928 weiterschreitende Hauterscheinungen. Neben Entzündungserscheinungen am Hals treten atrophische mit Teleangiektasen durchsetzte Herde an Unterarmen und Handrücken auf.

Heuck (Nürnberg) erhebt die Frage, ob nicht eine Dermatomyositis vorliegt. Er hat zwei Beobachtungen von streifenförmigen Rötungen, über den Streckseiten der Phalangen und Metakarpi beginnend, mit sekundären Atrophien gleichzeitig neuritische Beschwerden gesehen, die auch diese Patientin angibt. Die Fälle kamen zur Sektion und erwiesen sich als Dermatomyositis.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.) hebt hervor, daß bei Dermatomyositis stets das Allgemeinbefinden stark beeinträchtigt ist.

Digitized by Google

Grünwald (Frankfurt a. M.) führt die Beschwerden der Patientin auf gleichzeitig bestehende Addisonsche Erkrankung zurück.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.) kennt derartige Hautatrophien bei Addison nicht.

Jaddasohn (Breslau) hat derartige Gesamtveränderungen bei Morbus Addisoni namentlich an den Fingern gesehen, dort an den Fingergelenken lokalisiert, die rein morphologisch für Poikilodermie sprechen.

Bernstein (Frankfurt a. M.): 1. *Quinckesches Ödem.*

50 Jahre alte Frau mit Gesichtsödem, besonders in der Augengegend und sekundärem Ekzem der Stirnpartien. Mehrmals rezidiviert. Die Therapie bestand in 5%igen Pepton-Witte-Injektionen, zweimal wöchentlich intramuskulär. Nach vier Injektionen war das Ödem abgeschwollen. Es handelt sich höchstwahrscheinlich um eine in der Menopause aufgetretene allergische Krankheit, welche auf Pepton prompt reagierte.

2. *Argyrie.*

30 Jahre alter Patient. Seropositive Lues. Schiefergraue Färbung der Gesichtshaut und der Schleimhäute. Gesamtdosis 26 g Silbersalvarsan innerhalb 7 Jahren (8 Kuren). Die Argyrie ist erst ein Jahr nach der letzten Kur aufgetreten, trotz vorsichtiger Dosierung: zweimal wöchentlich je 0,2—0,25 g, Gesamtdosis der einzelnen Kur 3—3,5 g Silbersalvarsan.

3. *Lupus erythematosus an Gesicht und Oberarmen.*

50 Jahre alter Patient. Krankheit besteht seit 5 Jahren. An den Armen findet man Atrophie und Narbenbildung in Größe von Papeln, so daß man zunächst an ein papulonekrotisches Tuberkuloid denken mußte. Die Schüppchen tragenden Flächen sichern aber obige Diagnose.

4. *Lues gravis.*

30 Jahre alter Patient, zur Zeit klinisch und serologisch o. B. Infektion vor 3 Jahren. Jede spezifische Therapie war während eines Jahres erfolglos mit Ausnahme von Decoctum Zittmanni. Seit 2 Jahren klinisch und serologisch frei.

Galewsky (Dresden) empfiehlt ebenfalls die Zittmann-Kur auf das wärmste. Er hat eine ganze Reihe von As. und Bi. refraktäre Fälle dauernd damit geheilt.

Hoffmann (Bonn) wendet das Decoctum Zittmanni mitius mit Erfolg bei Salvarsanresistenz als Vorbereitung für spezifische kombinierte Bi.-Salvarsankur an, die dann gut vertragen wird.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.) empfiehlt morgens nüchtern 300 g Decoct. Zitt. fortius und abends 300 g mitius.

v. Zumbusch (München) weist darauf hin, daß der Hg.-Gehalt im Decoct. Zitt. keine Rolle therapeutisch spiele, jedoch der Saponingehalt.

Touton (Wiesbaden) erinnert für diese malignen, auf Hg.-Salvarsan und Bi. nicht reagierenden Fälle an Jodkuren mit steigenden Dosen (bis 10 g pro Tag), unter denen ähnlich wie bei Zittmann rasche Heilung eintritt. Anschließend wird z. B. Quecksilber glänzend vertragen in den Fällen, in denen es vorher durchaus nicht vertragen wurde.

Voehl (Frankfurt): *Urticaria pigmentosa.*

5 Jahre alter Knabe. Die Affektion besteht seit dem 3. Lebensmonat und wurde zunächst als Lues hereditaria vergeblich behandelt. Befallen ist der ganze unbehaarte Körper. Es finden sich überall ein- bis dreimarkstückgroße

Digitized by Google

unregelmäßig geformte Pigmentierungen von gelblich-brauner bis braun-roter Farbe, die auf Reiben rot und urtikariell werden. Jegliche Therapie bisher erfolglos. Hereditär o. B. Therapeutische Vorschläge erwünscht.

Hoffmann (Bonn) schlägt therapeutisch Phosphor vor.

Eliassow (Frankfurt a. M.): *Keratoma palmare et plantare.*

47jährige Frau. Heriditär: Eine Schwester ebenfalls daran erkrankt. Patientin merkt die Affektion erst seit einigen Monaten. Der Fall bietet nichts Besonderes und wird als Parallelfall zu dem von *Schmidt-La Baume* aus der Frankfurter Klinik vorgestellten Schwesterfall angeführt, um das bekannte familiäre Auftreten der Erkrankung zu demonstrieren.

Nahm (Trier): 1. *Hereditäre Hyperkeratose strichförmige Hyperkeratosen,* an Handtellern, Hals und Rücken seit dem 9. Jahr bestehend.

2. *Boecksches Sarkoid.*

Aus der Frankfurter Universitäts-Haut-Klinik.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.): *Sclerodermie en bandes (linéär) mit* Knochenatrophie.

Etwa 30jährige Frau. Hereditär o. B. Auf der Stirn besteht ein ziemlich senkrecht verlaufender etwa 8 cm langer bis 2½ cm breiter Streifen schwach pigmentierter atrophischer Haut über einer Knochenrinne von gleicher Ausdehnung. Ein Trauma lag nicht vor. Die Affektion entstand allmählich innerhalb von 8 Jahren. Subjektiv keine Beschwerden.

Ed. Hofmann (Frankfurt a. M.): 1. *Multiple Arsenkarzinose nach lange dauernder Arsenbehandlung bei Psoriasis.*

Patient leidet seit mehreren Jahrzehnten an Psoriasis und hat jahrelang Arsen bekommen. Vor einigen Jahren bildeten sich Hyperkeratosen an Rumpf und Extremitäten, besonders auch an den durch Druck belasteten Stellen der Füße. Sowohl an Füßen wie auf Rücken und Oberschenkeln sind Karzinome entstanden, die zum Teil exzidiert wurden. Demonstration des mikroskopischen Schnittes. Die Psoriasis ist noch in Resten vorhanden.

2. *Angiokeratoma Mibelli.*

18jähriger junger Mann. Hereditär o. B. Seit mehreren Jahren Angiokeratom der Finger. Die größten Stellen wurden mit Kaltkaustik beseitigt, kleinere sind noch besonders an den kleinen Fingern zu sehen. Histologische Demonstration.

Löwenberg (Düsseldorf) hat 1912 auf der Naturforscher-Versammlung Münster zwei Fälle von Karzinom auf dem Boden von Arsenkeratosen mit histologischen Präparaten demonstriert. Beide Patienten waren Psoriatiker, die lange Zeit As. genommen hatten. Der eine Fall konnte jahrelang beobachtet werden, es traten wiederholt Karzinombildungen auf, die schließlich metastasierten und zum Exitus führten.

v. Zumbusch (München) fragt, wie oft der Fall mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Der Fall wurde einmal bestrahlt.

Heuck (München) erinnert an einen Fall, bei dem er nach 22 Solarson-Injektionen eine vollkommene Kiefernekrose, ähnlich wie eine schwere Phosphornekrose, sah. Der Fall wurde in der letzten Münchener Dermatologischen Gesellschaft vorgestellt.

Digitized by Google

Schmidt-La Baume (Frankfurt): 1. *Epidermolysis bullosa dystrophica.*

17jährige Büglerin, drei Geschwister gesund, keine Verwandtenehe. Patientin ist Frühgeburt im 7. Monat. Seit Kindheit an Blasenbildungen nach leichten Hautverletzungen, später Abfall der Nägel. Struma parenchymatosa, sonst innerlich o. B. Auffallend in hinterer und vorderer Schweißrinne herdförmige Hautatrophien. An unteren Extremitäten neben hautatrophischen Herden zahlreiche Infiltrate von Hautinsulten herrührend. Zwischen den Atrophien netzförmige feine Rhagadenbildungen, ähnlich wie bei Dermatitis reticularis, doch keine Ichthiosis. Blut o. B. Bettmannscher Versuch sowie Nikolsky wechselnd, mal positiv, mal negativ. An Handflächen leichte Keratosen (nach Blasenbildungen entstanden).

Arning (Hamburg) hat Schwielenbildungen bei Epidermolysis bullosa bisher nicht gesehen.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.) konnte in seltenen Fällen Schwielenbildung konstatieren.

Siemens (München): Keratosen der Handflächen kommen bei Epidermolysis vor, sind aber außerordentlich selten beschrieben worden. Ich habe die frühere Literatur darüber 1921 im Archiv zusammengestellt.

Keining (Hamburg) berichtet über einen analogen Fall von Epidermolysis bullosa hered. dystrophica tarda, bei dem eine diffuse volare und plantare Hyperkeratose bestand.

Schmidt-La Baume (Frankfurt a. M.): 2. *Hydroa vacciniforme mutilans.*

Nachvorstellung des im Archiv f. Derm. u. Syph., Bd. 153, H. 2, veröffentlichten Falles nach gelungener Nasen- und Oberlippentransplantation (Chirurg. Univ.-Klinik [Frankfurt]), jetzt fast totale Amaurose. Seit der klinischen Beobachtung hier ist der Urin immer porphyrinhaltig. Atrophische Keratokonjunktivitis. Demonstrierung des sauren Porphyrins im Spektroskop sowie einer Photographie der Gesichtsmutilationen vor der Plastik.

Hoffmann (Bonn) weist auf die Infiltrate und Defekte am Kornealrande hin, wie sie hier in geringem Grade gegenüber den großen Defekten, z. B. im Falle *Petri* (Moulagensammlung von Bonn) vorhanden ist.

Schmidt-La Baume (Frankfurt a. M.): 3. *Geheilter Pemphigus vulgaris (Übergangsform zum Duhring).*

38jährige Frau, hereditär o. B., früher immer gesund, Frühjahr 1927 Lungenspitzenkatarrh, gleichzeitig starker Juckreiz zunächst an den unteren Extremitäten. Aus dem Bilde einer Neurodermitis entstand Anfang Mai 1927 in unserer Klinik das typische Bild eines Pemphigus. Völlig synchrom mit den Blasenschüben starke Eosinophilie bis 70% völlig Sistieren der Menses. Plasmochin, Yatren ohne jeden Erfolg. Nach Ovarial-Tabletten Mitte September 1927 wieder die erste Menstruation, gleichzeitig Abheilen des Pemphigus. Am 22. Oktober entlassen, jetzt noch zuweilen Duhring-ähnliche Effloreszenzen.

4. *Keratoma palmare et plantare mit Neigung zu Ekzematisation, Lymphangitis und subpektoralem Abszeß.*

Von vier Geschwistern der 44jährigen Frau hat eine die gleiche Erkrankung. Vorgeschichte sonst ohne Besonderheiten. Hand- und Fußflächen neigen seit etwa einem halben Jahr zu Entzündungen, mit sekundärer Lymphangitis und pektoralen Abszeß, der inzidiert wurde.

Digitized by Google

F. Herrmann (Frankfurt a. M.): *Hydroa vacciniforme.*

59jähriger Mann. Als Kind Blasen an beiden Händen. Mit 45 Jahren Beginn der jetzigen Erkrankung, schubweises Auftreten von Blasen in Gesicht und an den Händen. Seitdem Rezidive, immer zu Beginn des Sommers, aber nicht alljährlich. 9. August 1926 bis 4. September 1926 Beobachtung in der hiesigen Klinik nach dem Auftreten von neuen Schüben. Danach ergaben wiederholte Urinuntersuchungen einen hohen Hämatoporphyringehalt. — Während der letzten 2 Wochen wieder neue Blasen in der Umgebung beider Ohrmuscheln und Anschwellung über dem Stirnbein. Stark atrophische und gespannte Haut im Gesicht und über dem ganzen Kopf, am Hals und an beiden Händen. Flächenhafte Rötung, zum Teil auch Pigmentierung. Borken in der Umgebung der Ohrmuscheln. Die Ohrmuscheln sind stark verstümmelt. Ebenso starke Verstümmelung der Finger, beginnende Einschmelzung des korpeligen Nasenanteiles. Verziehung der Augenlider und der Lippen.

Siemens (München): Bei dem männlichen Patienten bestand außer den Nageldystrophien an den Zeige- und Mittelfingern eine Veränderung in der Stellung der Nagelplatte derart, daß die Längsachse nach radialwärts verläuft. Diese formalgenetisch unklare Störung wurde früher von mir an zwei Fällen beschrieben und auch an einem Dresdener Kongreßfall beobachtet, so daß sie also in gewissem Grade für Hydroa typisch zu sein scheint.

Fr. Herrmann (Frankfurt a. M.): 1. *Karzinom am Penis.*

49 Jahre alter Mann, nach Röntgenbestrahlung Rückgang der Erscheinung.

2. *Karzinom des Penis.*

68 Jahre alter Mann.

3. *Arthritis luetica (tertiaria).*

59 Jahre alter Mann, Lues latens seropositiva. Die Arthritis begann im linken Kniegelenk interkurrent nach begonnener Kur. Nach Benzazon-Natrium 1,2 g erhebliche Besserung.

4. *Acrodermatitis chronica athrophicans Herxheimer.*

29 Jahre alter Mann, Affektion seit 1½ Jahren. Besserung durch Stauung, Diathermie, Wechselbäder.

Briel (Frankfurt a. M.) (Universitäts-Hautklinik): 1. *Parapsoriasis.*

16jährige Patientin. Seit etwa 7—8 Wochen erkrankt. Nach 6 Injektionen Pilokarpin, leichte Besserung.

2. *Sclerodermia circumscripta.*

54jährige Frau. Beginn der Erkrankung vor ungefähr 7 Wochen mit tiefroten Flecken an Oberschenkeln und Unterbauch. Seit 2—3 Wochen stellenweise Gelbfärbung und Verhärtung. Noch nicht behandelt.

3. *Peniskarzinom.*

48jähriger Mann. Vor 3 Jahren Beginn der Erkrankung. Nach Röntgenbestrahlung 2 ED. 4 mm Al.-Filter, jetzt 1 Jahr beschwerdefrei.

K. Fürst (Frankfurt a. M.): *Zwei Fälle von Parapsoriasis en plaques (Brocq) (Erythrodermie pityriasique en plaques disséminées), mit Pilokarpin behandelt.*

1. 39jähriger Patient, bei dem vor 6 Monaten an Hals, Schultern, Arm und Rücken, Bauch und Unterschenkeln typischer Ausschlag auftrat, der subjektiv juckte. Im Gesicht ein spannendes Gefühl. Auf übliche Salben und Schwefelbäder-Behandlung keinen Erfolg. Am 10. Januar 1928 Beginn der

Digitized by Google

Pilokarpin-Behandlung *(Herxheimer)*. Steigende Dosen von 3--12 mg zweimal wöchentlich intramuskulär, zusammen 12 Spritzen, danach sind alle Erscheinungen abgeheilt.

2. *Ein weiterer Fall von Parapsoriasis en plaques.* Der Patient erhielt 10 Injektionen Pilokarpin einmal 5 mg, dreimal 10 mg, sechsmal 12 mg. Die Affektion ist gebessert, aber noch nicht abgeheilt.

3. *Pilokarpin-Behandlung eines Lichen ruber planes.*

Der Patient hatte seit 5 Wochen ein ausgedehntes Exanthem, besonders stark am Rumpf, Vorderarmen und Penisschaft lokalisiert. Subjektiv starkes Jucken. Er erhielt insgesamt zehn Injektionen Pilokarpin. Schon nach wenigen Einspritzungen bildete sich der Ausschlag zurück und ist jetzt am Körper fast vollständig unter Pigmentierung abgeheilt. Nur am Penis noch deutliche Effloreszenzen.

Diese drei Fälle werden noch mit einer Anzahl anderer mit Pilokarpin behandelter Fälle ausführlich veröffentlicht.

4. Ein Fall von *Striae distensae* nach Paratyphus.

16jähriger Junge, der vor 1 Jahr Paratyphus durchmachte. Dabei eine Gewichtsabnahme von zirka 13 Pfund. Es entwickelte sich außerordentlich starke und ausgedehnte Striae, besonders am Rücken, Bauch, an den Knien und Unterschenkeln.

5. Ein Fall von *Acrodermatitis atrophicans chron. (Herxheimer).*

46jähriger Patient mit dem typischen Bild einer Akrodermatitis.

6. Ein Fall von *Xanthoma tuberosum multiplex.*

Bei dem 28jährigen Patient entwickelten sich seit 3 Monaten die Erscheinungen an beiden Ellenbogen und am Gesäß.

7. H. H. Fall von *Keratoma hereditarium palmare et plantare.*

36jähriger Patient, in dessen Familie auch die Schwester an der gleichen Krankheit leidet.

8. G. K. Fall von *Induratio Penis plastica.*

56jähriger Patient, der bereits seit über 2 Jahren in der Hautklinik behandelt wird. Nach Radiumbestrahlung und Fibrolysininjektionen trat Besserung ein.

Herrmann (Frankfurt a. M.): Die therapeutischen Erfolge durch Pilokarpineinspritzungen veranlassen mich, auf Untersuchungen hinzuweisen, die von *H. Schade* und *A. Marchionini* veröffentlicht wurden. Es ergeben sich daraus vielleicht Rückschlüsse auf das *Prinzip der günstigen Pilokarpinwirkung* und die *Natur der durch Pilokarpin beeinflußbaren Dermatosen.* Es handelt sich um die Feststellung, daß die Oberhaut normalerweise durch die Reaktion des Schweißes einen Säuremantel mit beträchtlicher Azidität darstellt, dem eine antiparasitäre Eigenschaft zukommt. Wird nun diese physiologische Bedingung durch mangelnde Wasserverdunstung und ammoniakalische Zersetzung (z. B. in den Achselhöhlen und Genitofemoralwinkeln), oder durch mangelnde Schweißabsonderung, z. B. bei Läsionen oder konstitutionell gestört, so ist für viele Keime die Möglichkeit der Ansiedlung gegeben. Hingegen kann wohl der Schweißausbruch nach Pilokarpin bei der Erkrankung mit parasitärer Ätiologie und entsprechend mangelhaftem Säuremantel antiparasitär und günstig wirken. In diesem Sinne sei nochmals auf die Beeinflussung der Patienten mit „endemisch" beobachteter Parapsoriasis erinnert und darauf hingewiesen, daß die Psoriasis nach den hiesigen Ergebnissen durch Pilokarpin unbeeinflußt sei, und daß in einem Fall nach wenigen Injektionen

Digitized by Google

von je 1 ccm einer 1% igen Pilokarpinlösung eine Pityriasis versicolor verschwunden ist.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.) weist darauf hin, daß in letzter Zeit die Parapsoriasis in Frankfurt zugenommen hat, was ebenfalls aus München und Wiesbaden berichtet wird.

Rost (Freiburg i. B.) weist darauf hin, daß die von Herrmann erwähnten Untersuchungen der H-Ionen-Konzentration des Schweißes im *Schade*schen Institut von *Marchionini* (Freiburg i. B.) auf Anregung von *Rost* unternommen worden sind. Schon jetzt lassen sich interessante Ausblicke bezüglich des regionären Auftretens gewisser Mykosen zum Beispiel gewinnen. Diese Untersuchungen sind in meiner Klinik von *Marchionini* fortgesetzt worden und haben zur Begründung einer allgemeinen physikalischen Chemie des Schweißes geführt und werden demnächst im Archiv für Derm. u. Syph. veröffentlicht.

Keining (Hamburg) nimmt an, daß nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Akuität der Pityriasis lichenoides chron.-Fälle zugenommen hat. Es werden viel mehr hämorrhagische, nekrotische und vesikulöse Fälle beobachtet als früher. Da diese akuten Fälle auch viel leichter spontan abheilen, müssen die therapeutischen Resultate recht vorsichtig beurteilt werden. Übergangsfälle zwischen Pityriasis lichen. chron. und *Brocq*scher Krankheit hat *K.* nie gesehen und werden von ihm abgelehnt.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.) weist darauf hin, daß *Brocq* unter dem Namen Parapsoriasis die verschiedenen Krankheitsbilder en gouttes, en plaques disséminées zusammenfaßt, und daß beide Formen durch Pilokarpin beeinflußt werden.

Dreyer (Köln): Pityriasis versicolor kommt nicht selten in den Schenkelbeugen vor.

Herrmann, Franz (Frankfurt a. M.): 5. *Erbsche spastische Spinalparalyse. Tabes Dorsalis?* Beginnende Paralysis progress.?

43jähriger Mann. Luetische Infektion 1914. Eine Hg-Kur 1915. 1917 20 Neosalvarsaninjektionen. 1921 dritte Kur unvollständig. Seit 1915 Blasenschwäche, Schwäche im linken Bein, Unsicherheit beim Gehen. März 1928 Wassermann und Meinecke negativ. Jetzt neurologischer Befund: leichtes Silbenstolpern, Pupillen leicht entrundet, reagieren prompt auf L. und C. Reflexe lebhaft, leichter Fußklonus beiderseits. Babinski und Oppenheim beiderseits stark positiv. Rossolimow ++, links mehr als rechts, Hypalgesie und Hypästhesie im linken Bein, links mehr als rechts. Der Gang ist spastisch kaum paretisch. Incontinentia vesic. urinar.

1. *Uhlmann* (Frankfurt) (Dermatolog. Univ.-Klinik): *Lupus-Karzinom der rechten Wange.* Lupus seit 1912, langsame Entwicklung eines Ca bis Faustgröße. 1919 klinisch behandelt. Ca mit Röntgenstrahlen geheilt. Rezidiv 1924. Erneute Röntgenbehandlung. Seit der Zeit geheilt geblieben. Lupusknötchen vereinzelt an der rechten Wange.

2. *Uhlmann* (Frankfurt) (Dermatolog. Univ.-Klinik): *Sarkoma idiopathicum multiplex hämorrhagicum (Kaposi).* Vor 3 Jahren klinisch behandelt mit Arsen und Röntgenstrahlen. Damals geheilt und geheilt geblieben.

3. *Uhlmann* (Frankfurt) (Dermatolog. Univ.-Klinik). *Lupus miliaris faciei (Tilbury-Fox).* Vor einem halben Jahr zur Behandlung in der Klinik. Dabei Affektion im Gesicht diagnostiziert, die bisher als Akne behandelt war. Klinische Behandlung abgelehnt. Mikroskopische Demonstration.

Digitized by Google

Projektionen.

Zieler (Würzburg): Histologische Projektionen mikroskopischer Veränderungen im ersten Beginne des Pemphicus vegetans.

Rost (Freiburg i. B.) empfiehlt Injektionen von Chinin. dihydrochloricum. carbamidat. *R.* sah in einem ähnlichen Fall wie *Zieler* Abheilung der vielfach erfolglos vorbehandelten Schleimhautaffektionen, während ein Solitärherd der Haut unbeeinflußt blieb.

Ruete (Marburg) zeigt Lichtbilder einer 19jährigen Patientin, die an einem sehr starken Hydrocephalus, verbunden mit spastischen Paresen der Arme und Beine, mit Adduktoren- und Flexoren-Kontrakturen leidet. An der Haut finden sich zahlreiche Narben und frische gummöse Prozesse. Das Leiden soll von Geburt an bestehen. Sie gibt an, ein 7-Monatskind zu sein und ihre Beine nie richtig legen zu können, weswegen sie auch nicht zur Schule gegangen sei. Als Kind habe sie schon Geschwüre gehabt, die jetzigen beständen seit etwa 8 Jahren. Sie leidet häufig an Kopfschmerzen. Der Kopfumfang beträgt 70 cm. Der Schädel ist im Vergleich zum Körper riesig groß. Wa.R. stark positiv.

Gutmann (Wiesbaden) projiziert Bilder einer chronisch rezidivierenden Purpura.

Hofmann, Edmund (Frankfurt a. M.) (Universitäts-Hautklinik): Projektion von Psoriasis auf den Lippen lokalisiert, gleichzeitig Atrophien auf der Kopfhaut. Es finden sich deutlich umschriebene Herde am Lippenrot, die als Psoriasis der Schleimhaut anzusprechen sind. Vor 2 Jahren zeigte der Patient zahlreiche Psoriasisherde auf dem behaarten Kopfe, jetzt ist die Intensität dieser Herde geringer geworden. Statt dessen finden sich in großer Zahl rundliche haarlose Stellen, die deutliche Atrophie erkennen lassen.

Hoffmann, Erich (Bonn) hat auch echte Psoriasis vulgaris des Lippenrots beobachtet. Er erwähnt dabei umschriebene hyperkeratotisch-parakeratotische *„Zigarettenflecke" des Lippenrotes,* die nicht selten sind (auch bei jungen Mädchen) und seines Wissens wenig beachtet und kaum beschrieben sind.

Arning (Hamburg) berichtet über Erfahrungen von gleichzeitigem Bestehen eines schweren Lichen planus und Kraurosis vulvae *(Breisky).* In dem zuletzt beobachteten Fall war ein kontinuierlicher Übergang von Lichen planus der Genitofemoralgegend und äußeren Schamlippen zu einer typischen Kraurosis der Nymphen- und Klitorisgegend zu beobachten. Auch die Mundschleimhaut war in charakteristischer Weise befallen. *A.* glaubt schließen zu dürfen, daß eventuell ein Zusammenhang zwischen Lichen planus und Kraurosis vulvae existiert und bittet, hierauf achten zu wollen. Der starke Pruritus, die Keratosis und Atrophie mit Pigmentverschiebung, die das Typische der Kraurosis vorstellt, ist auch dem Lichen zugehörig. Weiter spricht für einen Zusammenlang der Erfolg der Therapie. Die von *A.* seit langen Jahren angewandte intensive Chrysarobintherapie (Dermatitis bis zur vollen Inversion), die bei Lichen genau so prompt wirkt wie bei Psoriasis, hat auch die Kraurosis vulvae der beiden von *A.* beobachteten Fälle zur Heilung gebracht. Wenn man bedenkt, wie obstinat der Morbus Breisky sich sonst gezeigt hat, so daß die Gynäkologen die chirurgische Exstirpation der Vulva vornahmen, sollte der Versuch mit intensiver Chrysarobintherapie unter allen Umständen gemacht werden. *A.* hat von dieser Beobachtung im Herbst 1927 gelegentlich einer Diskussion beim norddeutschen Dermatologentag in Hamburg kurz berichtet. Eine Be-

Digitized by Google

stätigung kommt jetzt aus England von *F. P. Weber* (London), der Lichen planus der Vulva als eine Art Kraurosis vulvae bezeichnet. Brit. Journ. Dermat. 1927, B. 39, Nr. 12. Ref. Dermatol. Wschr. 1928, Nr. 9.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.) wandte als Erster Chrysarobin bei Lichen ruber planus an im Jahre 1887.

Müller, H. (Mainz): *Gonorrhöische Sepsis.*

Kolle (Frankfurt a. M.): Über experimentelle Syphilis bei Muriden (Autoreferat).

Vortragender bemerkt, daß die tierexperimentellen Ergebnisse nicht lediglich gebracht werden, um klinische Erfahrungen zu bestätigen. Das kann vielfach auch von Wert sein, aber der Zweck der Tierversuche ist, gewisse klinische Beobachtungen zum Beispiel über Immunität, die klinisch schwierig zu klären sind, experimentell zu erforschen und neue Gesichtspunkte für die Pathologie, Therapie und Immunität der Syphilis des Menschen zu gewinnen. Die Tierversuche haben ja auch zur Auffindung des Salvarsans geführt. Vortragender will die folgenden Mitteilungen in diesem Sinne aufgefaßt wissen.

Zwei biologische Beobachtungen, die bei tierexperimentellen Studien vom Vortragenden und seinen Mitarbeitern *Schloßberger* und *Prigge* gemacht wurden, haben Veranlassung zu den folgenden Versuchen gegeben. Es war erstens der Nachweis der symptomlosen Infektion des Kaninchens. Alle Kaninchen, die mit Syphilis infiziert werden, sind, auch wenn sie keine Schanker erwerben, zeitlebens, wie *Kolle* mit seinen Mitarbeitern *Prigge* und *Evers* durch Drüsenverimpfung nachwies, syphilitisch infiziert. Auf Grund dieser Beobachtung wurde die symptomlose Infektion von Meerschweinchen, Mäusen und Ratten studiert. Zweitens ergab sich nun, daß die Mäuse ausnahmslos symptomlos mit Syphilis infiziert werden und daß sie, anscheinend während des ganzen Lebens, in den verschiedensten Organen und auch im Gehirn die Syphilisspirochäten beherbergen. Bis zu 19 Monaten nach der Infektion wurde bei Mäusen die Spirochaeta pallida durch Verimpfung auf Kaninchen nachgewiesen, bei denen als Folge der Verimpfung der Organe infizierter Mäuse typische Schanker sich entwickelten. Der mikroskopische Nachweis bei Mäusen gelang nie. Es wird daher noch zu untersuchen sein, in welcher Form sich die Spirochäten bei diesen Tieren halten. Die rasche Entwicklung der Schanker nach der Verimpfung von Milz- und Gehirnstückchen läßt darauf schließen, daß diese Organe viel infektiöses Material enthalten. Die Tatsache, daß die einmal infizierten Mäuse konstante Träger des Syphilisvirus sind, das wie ein harmloser Symbiont sich bei diesen Tieren nicht nur hält, sondern auch vermehren muß, gibt zu einigen Betrachtungen Anlaß. Wir kennen bereits mehrere Muriden, die Träger von menschen-pathogenen Spirochäten sind. So sind Ratten und Mäuse Träger der Rekurrensspirochäte, die durch Zecken und Läuse von diesen Tieren auf den Menschen übertragen wird. Ratten sind Träger der Rattenbißspirochäte und der *Weil*schen Spirochäte. Als vierte menschenpathogene Spirochäte gesellt sich die Syphilisspirochäte hinzu. Vortragender weist darauf hin, daß vielleicht die Syphilisspirochäte primär von den Muriden aufgenommen wurde und in ähnlicher Weise, wie eine harmlose Wasserspirochäte in Ratten zum pathogenen Erreger der *Weil*schen Krankheit sich verwandelt, in den Muriden die Eigenschaft der Menschenpathogenität erlangte. Es ergaben sich verschiedene, für die Pathologie der menschlichen Lues wichtige biologische Gesichtspunkte. Wir haben in der Maus ein Versuchstier, das konstant im Nervensystem die Spirochäte pallida enthält. Die syphi-

Digitized by Google

litisch infizierte Maus ist also geeignet für chemotherapeutische Versuche, um nach Mitteln zu suchen, die mit Sicherheit zu einer Abtötung der Syphilisspirochäte im Zentralnervensystem führen. Es wird auch zu untersuchen sein, ob die Chemotherapeutica bei Mäusen, die anscheinend doch gar nicht mit Abwehrmaßnahmen auf die Syphilisinfektion reagieren, in gleicher Weise wirken wie beim Menschen und beim Kaninchen. Auch die kongenitale Übertragung der Spirochäten läßt sich mit den Mäusen, die leicht zu züchten sind, studieren. Pathologisch-anatomische Untersuchungen an Schnitten müssen namentlich von Gehirnen der infizierten Mäuse ausgeführt werden, um zu studieren, ob sich irgendwelche Veränderungen in den Geweben als Folge der Anwesenheit der Spirochaeta pallida nachweisen lassen.

Praktisch wichtig ist die Maus für folgende Zwecke: 1. Sie kann zur Konservierung von Syphilisstämmen dienen, von denen man auf diese Weise eine große Zahl in Mäusen halten kann, denn von einmal syphilitisch infizierten Mäusen läßt sich die Spirochäte auf frische Mäuse übertragen. 2. Die Maus ist geeignet als Versuchstier zu Versuchen für die Gewinnung von Syphilisstämmen des Menschen, namentlich aus der Zerebrospinalflüssigkeit und aus dem Blut. Die Maus ist also gleichsam für eine Anreicherung vor der Übertragung des Syphilisvirus auf Kaninchen in die Versuche einzuschalten. 3. Die Spirochaeta pallida läßt sich vielleicht mit Hilfe des Mäuseversuchs aus Spätfällen der Syphilis, namentlich aus Gummata, aus Blut bei Aortitis, aus Zerebrospinalflüssigkeit bei Paralyse nachweisen. Derartige Studien werden vom Vortragenden angeregt.

Im Anschluß hieran demonstriert Vortragender noch einige Kurven, die von dem englischen Pharmakologen *Dale*, über die Toxizität der Salvarsanpräparate und über die verschiedenen Methoden, sie mit Hilfe großer Versuchsreihen an Mäusen und unter Benutzung einer Konstruktion von Idealkurven zu bestimmen, hergestellt sind. Es ergab sich hierbei das Resultat, daß die deutsche Prüfungsmethode die beste von allen bisher für die Prüfung der Salvarsanpräparate auf Giftigkeit empfohlenen darstellt. Ferner konnte unter Heranziehung der Wahrscheinlichkeitsrechnung von *Dale* ein Verfahren empfohlen werden, das vielleicht mit Ersparnis von Mäusen die gleichen Resultate ergibt. Die Einzelheiten dieser Untersuchungen von Prof. *Dale* bleiben seiner eigenen Mitteilung vorbehalten.

Scholz (Königsberg): Projektion aus dem Gebiete der experimentellen Syphilis: Demonstration von Kaninchen- und Meerschweinchenschankern.

Großmann (Hygienisches Institut, Freiburg i. B.): Im Anschluß an die Mitteilungen von Herrn Geheimrat *Kolle* möchte ich mir erlauben, darauf hinzuweisen, welch außerordentlicher Unterschied bezüglich der Infektion des Zentralnervensystems zwischen Kaninchen und Maus zu bestehen scheint. Dies geht hervor aus früheren Beobachtungen von *Uhlenhuth* und *Mulzer*, sowie auch aus Beobachtungen, die wir, Herr Geheimrat *Uhlenhuth* und ich neuerdings wieder im Laufe unserer experimentellen Arbeiten gemacht haben. Wir haben das Gehirn von Kaninchen bei manifester, symptomloser und latenter Syphilis nach testaler, intravenöser und muskulöser Impfung in mehreren Fällen verimpft und dabei stets negative Resultate erzielt, während Organe und Drüsenkontrollen stets positiv verliefen. Weitere Untersuchungen zur Frage der Infektion des Zentralnervensystems bei Kaninchen sind im Gange.

Versuche, das Virus vom Hoden aus am Rücken anzuzüchten, haben wir schon vor längerer Zeit durch subkutane und perkutane Stückchenimpfung

Digitized by Google

(ebenfalls Truffi-Stamm) am Rücken vorgenommen. Wir haben dabei Schanker beobachtet, die ganz enorme Größe (bis zu Kleinhandtellergröße) erreichten. Es gelang uns aber nicht, dieses Virus über mehrere Passagen weiterzuzüchten. Scheinbar eignen sich für derartige Versuche alte Syphilisstämme, die zur Erzeugung ausgesprochener Hauterkrankungen neigen, wie der Truffi- und Nichols-Stamm, besonders gut.

Royal Society of Medicine. Section of Dermatology.

Sitzung vom 19. Mai 1927 unter *Sequeiras* Vorsitz.

The B. j. o. D. a. S. 1927, 10.

Savatard: Ichthyosis und Krebs der Haut mit besonderer Berücksichtigung des Mulespinnerkrebses. (Der Fall ist gesondert im gleichen Heft erschienen und kommt unten zum Referat. Ref.)

Whietfield glaubt, daß V. die Kanzerprädisposition infolge Ichthyosis wesentlich überschätze, denn sonst käme Krebs in Südengland bei der Verbreitung der Ichth. dort häufiger vor. *MacCormac:* Basalzellenkrebs entwickele sich wohl auf anscheinend normaler Haut, Retikulärzellenkrebs aber mehr auf präkanzeröser Basis, wie etwa auf seniler Keratose infolge übermäßigen Sonnenlichtes. Auf seborrhöischen Warzen aber entstände Krebs nur selten. *Gray* hält daran fest, daß Öl, Teer, Pech usw. ätiologisch als Krebsursache (des Hodens besonders) in Frage kommen. *Thomson* lehnt gleichfalls Ichthyosis als Krebsvorläufer ab. Demgegenüber besteht V. darauf, daß für Krebsentstehung außer Teer, Öl usw. auch die durch Ichthyosis prädisponierte Haut verantwortlich sein könne.

MacLeod: Dermatophytosis infolge Monilia. 46jährige Frau mit mazerierten fauligen weißen Flecken in Interdigitalfalten der r. Hand. Kulturell Ursache in Monilia pinoyi festgestellt. Sie unterscheidet sich vom Oidium albicans, der sonst ähnliche Kulturen zeigt, dadurch, daß ihr Myzel weniger reichlich und zart ist und in Glukose viel mehr Gas erzeugt als Oidium albicans. Der Fall dränge auf strengere Differenzierung der ursächlichen Mikroorganismen, da neuerdings als Epidermophytie alles bezeichnet würde, was mit Trichophyton, Monilia, Hefe zusammenhinge. Aus dem Hefebereich könne man wohl heute eine Gruppe schon streng klassifizieren, nämlich die Monilia, die wieder verschiedene Untergruppen zeige mit unterschiedlicher Produktion von Gas, deren eine eben auch Oidium albicans sei. Diese Hefeinfektionen wären durchaus nicht harmlos in allen Fällen für Haut und Nägel. *Whietfield* weist auf die Schwierigkeit hin, zu entscheiden, ob Moniliainfektion primär oder nur sekundär sei bei Hautfällen. Im ersteren Falle würde man durch schärfere Maßnahmen helfen können, im letzteren Falle würde man das darunterliegende Ekzem vielleicht dadurch verschlimmern. *MacCormac* sah zwei Fälle von Paronychie bei Schwestern infolge Oidium albicans. Man solle mehr Wert legen auf kulturellen Aufschluß in zweifelhaften Fällen. *Goldsmith* sieht in der Hausarbeit der Frauen (Wäsche) den Grund für die Erfahrungstatsache, daß Frauen häufiger von Handhefeerkrankungen befallen werden, wie auch von *Whietfield* konstatiert wurde.

Dore: Pemphigus vegetans (?). 69jährige Frau mit warzigen massiven kondylomartigen Auswüchsen beider Lippen seit 5 Monaten. Vorher keine

Digitized by Google

Blasen. Daneben seit 3 Monaten in r. Achsel erhabene serpiginöse feuchte Flecke. Erst hinterher Jod. Wa.R. negativ. Angeblich sollen früher Blasen aufgetreten sein. *Heath* denkt an Hallopeausche Krankheit (Pyodermite végétante) mit vielleicht freien diphtheroiden Mundbazillen. *Gray* sieht hier Dermatitis vegetans eher als wahren Pemphigus vegetans. Dermatitis vegetans und Hallopeausche Krankheit würden oft zusammengeworfen. Bei Hallopeau sähe man deutliche Pusteln, die hier fehlten. Dermatitis wäre eine einfache granulomatöse Pilzläsion ohne Bläschen, Bullae oder Pusteln. *Adamson* ist auch gegen Pemphigus vegetans, da auf Jod keine Blasen entstanden seien, was sonst bei den gegen Jod äußerst intoleranten Kranken der Fall hätte sein müssen.

Gray: Fall zur Diagnose. 51jährige Frau bekam seit 2 Jahren auf l. Schulter Flecken mit „blockierten Poren", der seitdem zur jetzigen Größe sich auswuchs. Jetzt Ausdehnung von Nackenwurzel bis 4. Rückenwirbel, linken Schulterblattwinkel über Deltoideus zur 3. Rippe und nach vorne bis vorderen Rand des l. Sternomastoideus. Am besonders akuten Hinterrand 6—8 Reihen leicht rötlicher follikulärer Papeln, die jede Hornpflöcke zeigen. Dasselbe Bild, wenn auch vermindert, am übrigen Rand. Innerhalb des kranken Gebietes Haut mit zahlreichen nadelkopfgroßen Narben übersät. Daneben mehrere erythematöse, schuppende, kupferbraune und leicht transparente Flecke. Schuppen sind weich infiltriert. Einzelne lineare, rötliche, atrophische Striae. Ähnliche Flecke noch anderswo. Ein exfoliierender Fleck auch auf Zunge. Wa.R. negativ. Gegen Pityriasis rubra pilaris sprechen die zu großen Hornstachel und Narben, auch Asymmetrie. Röntgen nutzlos. *Drake* denkt wegen bläulicher Farbe und follikulärer Papeln an Lichen planus, desgleichen *MacLeod* wegen Hautatrophien am Armfleck.

Savatard: Ichthyosis and cancer of the skin, with special reference to mule-spinners cancer. (Ichthyosis und Karzinom der Haut mit besonderer Berücksichtigung des Mulespinnerkrebses.) The B. j. o. D. a. S. 1927, 10.

V. leugnet die Berechtigung des 1925 etablierten Gutachtens des Provinzkomitees, das in den Worten gipfelte: „Ohne Mineralöl auch keinen Mulespinnerkrebs." Er hat 400 Spinner über den ganzen Körper untersucht, wobei er 20 mit Ichthyosis behaftet fand, die vielleicht in den gefährdeten Distrikten besonders häufig vorkommen mag, wenn man eben den ganzen Körper genau untersucht. Für V. entsteht Krebs, mag es sich nun um Basal- oder Retikulärkrebs handeln, aus einer Keratosis, die nur zu häufig aus Ichthyosis entsteht. Anscheinend harmlose Keratosen erweisen sich unter dem Mikroskop recht häufig als schon bösartig, also im Karzinombeginn. Dazu 11 Kasuistiken. Zweck der Veröffentlichung soll sein, für ganz genaue Totaluntersuchung der gesamten Körperhaut zu plädieren bei kanzerösen oder präkanzerösen Zuständen.

Thomson: Fall zur Diagnose. 44jährige Frau. Seit 6 Monaten schmerzende Blase am r. Knie. Jetzt fast kreisrunde leichte Exkoriation, über Umgebung erhaben, bläulicher Farbe, leicht infiltriert, ödematös. Gegen oberen Rand 3 kleine Knoten mit Epidermis verwachsen. Gleiche Erscheinung an beiden Ellbogen. Einer der letzten Flecke zeigt im Zentrum große Blase mit schwach opaleszierendem Serum und Blut fast bis zum Fleckenrand. Starker Schmerz bei Berührung. Ähnliche Läsionen noch anderwärts. Mikroskopisch: Fleckiges Infiltrat von Dermis und Papillarschicht, teilweise auch von Epidermis. Infiltrat setzt sich zusammen meist aus

Digitized by Google

Lymphozyten mit einigen Plasma- und polymorph-kernigen Zellen. Daneben Ödem, mitunter Zellnekrosen und epidermale Abszesse. Hyper- und Parakeratose. Infiltrat perivaskulär. Mikroorganismen nicht gefunden. Wa.-R. negativ. Blutcholesterin 263 mg auf 100 ccm Blut. Sonst nichts von Xanthom, Diabetes, Nephritis, Leberaffektion und Schwangerschaft. Da Kranke gegen Kopfschmerzen Aspirin nahm in geringer Menge, vielleicht dieses Ursache? *Gray* betrachtet Fall als zur Gruppe des Erythema exsudativum gehörig. *Unna* habe seinerzeit ähnlichen Fall als selbständige Einheit aufgefaßt, mit gewissen Beziehungen zum akuten Granuloma annulare.

Tagung vom 17. November 1927 unter *Mac Leods* Vorsitz.

The B. j. o. D. a. M. 1928, 3.

Mac Leod: Sarkoid. 69 jährige Dame. Vor 3 Jahren Verletzung an Schläfe durch Holzsplitter, die sich allmählich zu irregulär fortschreitender, serpiginöser Läsion entwickelte nach Aussehen von Spätsyphilid. Dazu fünf erbsengroße Knoten. Schon vor 1 Jahr ebendort shillinggroßer Tumor, der in Dermis Plasma-, Endothelzellen und Lymphozyten verriet. Was liegt vor? Malignen Tumor schließt Mikroskopie aus, Bromoderma (es war Brom genommen worden) ist auszuschließen, da Kochsalz intern und intravenös keine Änderung hervorrief oder vielleicht, was am wahrscheinlichsten, Sarkoid, wohin Ansprechen auf As. und Mikroskopie deuten? *Weber* meint, daß der „Tumor" meist aus runden Lymphoidzellen bestehe. *Heath* denkt an zwei weitere Möglichkeiten: Mycosis fungoides und septisches Granulom. *Mac Leod* hält Mycosis fung. für ausgeschlossen, da dann der Knoten sich nicht spontan hätte zurückbilden können, wie hier geschehen, weiter spräche Histologie dagegen.

Davis: Fall zur Diagnose. Mycosis fungoides? 54 jähriger Mann hat seit 26 Jahren sein jetziges Leiden. Vor 1 Monat verschiedene Gruppen von Knoten an Schienbein und Wade, so daß ein einziger elastischer Tumor wie ein Bündel Trauben sich zeigte. Daneben an Knie und Hüfte eine Anzahl kreisförmiger indurierter Streifen mit Erythem in Nachbarschaft. Lymphdrüsen nicht vergrößert. Schon vor einigen Jahren ähnliche Knoten an Wade mit Radiumnadeln und konsekutiver starker Eiterung geheilt, so daß zurzeit dort tiefpigmentierte und tiefe Narbe besteht. An Hüfte zurzeit noch Ulkus seit 3 Monaten infolge gleichen Radiumverfahrens. Tumor histologisch, keine Veränderung in Epidermis, dagegen im Korium dichtes kleinzelliges Infiltrat. Im letzten Monat sind nun Tumoren und Infiltrate infolge Radiumbehandlung (an keiner Stelle mehr als 2-Pastillen-Dosis) bis auf letzte Spuren verschwunden. Das prompte Ansprechen auf Radium spräche für M. f., wenn auch ungewohnten Typs. Auffällig, daß M. f. hier 26 Jahre nur auf eine Stelle sich beschränkt haben soll ohne Prämykose. Histologie spräche aber gegen M. f. und für Sarkoidgruppe. *Goldsmith* verweist auf ähnlichen von *Gray* (Br. j. o. D. a. M. 39, pag. 464) vorgestellten Fall, den *Gray* für Erythema elevateum hielt und den er aber für Erythema elevatum oder Granuloma annullare halten möchte. *Jadassohn* hätte sich damals für Darier-Roussy-Sarkoid ausgesprochen. Er möchte wissen, wie im vorgestellten Fall Tuberkulinprobe ausfallen möchte. Bei *Boeck*schem Sarkoid wäre sie konstant negativ, beim Sarkoid des Darier-Roussy-Typs fehlten noch Versuche dahingehend. Histologisch bestände der Unterschied zwischen *Grays* Fall und dem vorgestellten,

Digitized by Google

daß bei ersterem zahlreiche Riesenzellen unregelmäßig angeordnet und große kompakte Massen von Plasmazellen ohne Zusammenhang mit den Riesenzellen bestanden hätten, während hier wohl Plasma-, aber keine Riesen- noch epithelioide Zellen sich zeigten; hier herrschten Lymphozyten vor. Vielleicht verschiedene Phasen desselben Leidens in beiden Fällen. *Whietfield* sieht im Schnitt nichts, was gegen Mycosis fung. spricht, entschieden lehnt er „tumeurs d'emblee" ab. Auch *Mac Leod* entscheidet sich auf Grund des mikroskopischen Befundes für Myc. fung. Auch schneller Radiumheilerfolg unterstützte diese Diagnose.

Barber: Sarkoid. Wirkung der Krysolgambehandlung, stufenweiser Abbau der Sarkoidknoten mit Entwicklung eines Prurigos. Früher schon zweimal vorgestellt. 57 jährige Frau mit Tbc. in Aszendens. Seit 6 Jahren großer infiltrierter knotiger Fleck an rechter Wange, ein weiterer nußgroßer Knoten an rechter Nase und kleinere an beiden Wangen. Röntgenologisch durchscheinende Gebiete in Extremitätenknochen. Natr. morrhuatum hhatte versagt, ebenso wie Röntgen. Prurigo wie beim benignen Lymphogranulom *Schaumanns*. Vor 8 Monaten Beginn der Krysolgambehandlung mit im ganzen 14 Injektionen, deren letzte sogar 1,5 g betrug. Inzwischen sind die Läsionen im Gesicht verschwunden, dagegen traten nach letzter Injektion stark entzündliche pruriginöse Knötchen auf, die an Nase sogar warziges Aussehen annahmen. Resultiert nun der Prurigo aus der Toxinwirkung des Krysolgams oder ist er als toxämisches Symptom des eingeschmolzenen sarkoiden Gewebes zu werten, wie es bekanntlich nach Milzbestrahlung bei Leukämie oder bei *Hodkin*scher Krankheit sich zeige? *Semon* sieht in den Knoten wegen ihrer Dauer (5 Monate) Folgen des eingeschmolzenen Gewebes, keine Krysolganwirkung, die längst verschwunden sein würde. *Barber* erwidert, daß die jetzigen Knötchen wegen ihres Glanzes andere sein als die früheren.

Dowling: Prurigo nodularis. 18 jähriger Jüngling mit pruriginösem Ausschlag, der aus sehr zahlreichen domförmigen, etwa erbsengroßen, kaffeefarbenen oder rötlichen Knoten besteht, die mit warzigen Hyperkeratosen bedeckt sind. Zustand seit 5 Jahren. Regionäre Drüsenschwellung. Milz nicht tastbar. Blutzucker 0,07 %, Zuckertoleranz normal. Nachdem Röntgen und Vollblutinjektionen wie auch Lokalbehandlung versagt hatten, bekam Kranker Pflasterschutzverband, um ihn am Kratzen zu hindern, mit dem Erfolg, daß alle Knoten verschwanden unter Hinterlassung pigmentierter Flecke. Nach des Kranken Angaben war auch jeder Reiz nach Pflasteranlage verschwunden. Wo kein Pflaster gelegen, bestanden noch die alten Knoten, wenn auch gebessert. Somit wären Knoten wohl nur Folgen des Kratzens. *Dyson* erwähnt, daß die Höhe des Blutzuckers parallel ginge dem Jucken. *Heath* möchte in Prurigofällen Schutzverbände mit Heftpflaster empfehlen nach diesem Vorgang. *Barber* hat ähnlichen Fall unter der indifferenten Gelatinepaste Unnas schnell heilen sehen. *Semon* will gleichen Versuch machen in ähnlichem Fall mit ausgesprochener Eosinophilie, wie sie im vorgestellten Kasus allerdings nicht bestand.

Dowling: Lichen spinulosus. 8 jähriger Knabe, Eruption seit 1 Jahr. Erhabene hyperhidrotische Follikel, die meistens zarte, fadenförmige Stachel tragen. Läsionen ganz wie beim Ulerythema ophryogenes, wie er kürzlich von *Barber* (Okt. 1927) vorgestellt sei. Oder besteht hier Verwandtschaft mit Lichen planus? Gegen Lichen spinulosus in Gemeinschaft mit Lichen planus sprächen hier

Digitized by Google

die langen filiformen Stachel, auch wären die perifollikulären Pusteln, wie man sie im vorgestellten Falle sähe, ungewöhnlich bei dieser Kombination.

Little: Acne necrotica. 55 jähriger Mann. Befallen Scheitel, Stirn und Nacken. Die Größe und Tiefe einiger der Geschwüre weckten Verdacht auf Lues. Wa.R. und Anamnese negativ. Vorstellender will Heilverfahren wissen. *Davis* verhält sich skeptisch bezüglich aller bekannten Therapien, da alle nur zeitlich wirkten. *Whietfield* will wegen Fehlens von tiefen indolenten Bläschen, wie sie für Acne varioliformis sonst typisch sind, nicht an letztere Diagnose glauben, um so weniger, als hier kein Juckreiz bestehe. Dann auch zeigten sich hier um Primärläsion kreisförmig angeordnet zerfallende Knötchen, so daß das Ganze polyzyklisch aussähe, auch das spräche gegen Acne varioliformis. Wahrscheinlich bestehe hier trotz negativer Wa.R. serpiginöses Syphilid, also antiluetische Behandlung versuchen; ihm pflichtet *Mac Leod* bei.

Little: Pityriasis rubra pilaris. 27 jähriger Mann wurde wegen Psoriasis mit gutem Erfolg anscheinend behandelt, bekam dann aber plötzlich unter Fieber Pityriasis rubra pilaris. Bazillus der „epidemischen Gelbsucht" (*Weil*sche Krankheit? Ref.) im Stuhl gefunden. Während Psoriasis auf Behandlung immer gut ansprach, widersetzte die P. r. p. sich dieser. Auch *Roxburgh* hat Kranke seiner Zeit wegen anscheinend vulgärer Psoriasis behandelt mit dem Erfolg, daß er immer schlimmer wurde, jedenfalls sprach keinerlei antipsoriatische Medikation an. Auch er erlebte hier allgemeinen Bläschenausbruch mit schließlichem Purulentwerden. Diese Läsion habe später sich wieder in typische Psoriasis zurückgebildet. Später milde Dermatitis exfoliativa, die die schärfere Psoriasisbehandlung vereitelte. *Barber* hatte Fall von Psoriasis, der nach anscheinender Erkältung gleichfalls sich in P. r. p. wandelte. Hier nahm Psoriasis so zu, daß bald generalisierte Dermatitis exfolitiva vorzuliegen schien. Streptococcus viridans aus Blut gezüchtet. Heilung gradatim mit Eigenstreptokokkenserum. Nach Monaten zeigte sich die alte Psoriasis wieder. *Whietfield* spricht von einer Verwandtschaft zwischen Psoriasis und P. r. p.

Wigley: Fall zur Diagnose. Erythema multiforme? 11jähriger Knabe mit purpurnen kreisförmigen Eruptionen an Ellbogen, rechtem Ohr und Schenkeln. Läsion erhaben, aus Knötchen sich zusammensetzend. Keine Blasen, dagegen Fieber. Dauer 14 Tage. In Fäzes Streptokokken so zahlreich wie Bact. coli. Allgemeine Schmerzen in Gelenken, 2 Jahre lang. Wohl toxische Eruption zur Gruppe des Erythema multiforme gehörig. *Mac Cormac* sah ähnlichen Fall mit deutlicher Lichenifizierung. Wohl Folge irgendeines septischen Herdes, zumal sich später infektiöse Arthritis des rechten Knies entwickelte. Mit Arthritis-Auftreten sei allerdings Hautläsion damals gewichen. *Mac Leod* hält gleichfalls an Streptokokken als causa fest.

Sitzung vom 15. Dezember 1927 unter *Mac Leods* Vorsitz.
The Br. j. o. D. a. S. 1928, 4.

Barber: Neurofibromatosis *(Recklinghausen)* bei Frau, deren drei Kinder mit „Forme fruste". Frau Waise, die von ihrer Aszendenz nichts weiß und seit frühester Kindheit an Tumoren litt, die in letzter Zeit numerisch stark zunehmen. Die drei Kinder zeigen nur Pigmentflecke. *Rolleston* erinnert sich ähnlichen Familienfalles mit „café au lait"-Flecken bei drei Kindern. Hier hatte eine Tochter an Oberlippe die recht seltene Erscheinung eines plexiformen Neuroms. Weiter erwies sich der Einfluß infektiöser Erkrankungen

Digitized by Google

auf die Entwicklung der Neurofibromatose damals beim Vater, der nach Pneumonie noch mehr Tumoren, und bei zwei Töchtern, die nach Diphtheritis noch mehr Flecke bekamen.

Barber: Fall zur Diagnose. Tertiäre Yaws? 32 jähriger Schiffskoch. Japaner, der aber nie in Indien, Australien und Afrika war. Vor 10 Jahren Schnittwunde am linken Fuß beim Schwimmen. 3 Monate nach Heilung dort borkenbedeckte Läsion. Seitdem weitere gleiche Erscheinungen, die als warzige granulomatöse Infiltrate teilweise mit Geschwüren und Narben bedeckt sind und faulige Absonderung zeigen, teilweise auch papillomatöse Vegetationen, wieder andere Läsionen hyperkeratotisch und trocken, Wa.R. wie Pirquet negativ. Blut normal. Differentialdiagnostisch: Mycetoma pedis oder Lp. verrucosus. Vielleicht Protozoeninfektion, wenn auch Spirochäten bislang nicht gefunden? Jod und Salvarsan ohne wesentliche Besserung. *Weber* glaubt nicht an Yaws, da sonst Salvarsan mehr geholfen hätte. Auch *Mac Leod* ist gegen Yaws und möchte lieber an Streptothrixart denken.

Barber: Zwei Fälle eines knotigen Lp. erythematodes. Beide Fälle exzeptionell, da erstens Rückseite des Halses ergriffen und weiter um viele der Flecke, an deren Rand sich erhabene Knoten zeigen, so daß man an Granuloma annullare denken könnte. In weiteren Ausführungen weist Vorstellender auf den Streptococcus longus als Ursache des Erythema multiforme hin, der oft in septischen Zahn- und Tonsillen vegetiere und dessen Eliminierung durch Zahnextraktion oder Tonsillenabtragung Heilung gefolgt sei. Erythema figuratum perstans sei nur Variation des Erythema multiforme, desgleichen Lp. erythematodes in manchen Fällen bei Streptokokkeneinschleppung und weiter desgleichen das Granuloma annullare. Der vorgestellte Fall 1 habe früher (vor 4 Jahren) an typischem Lp. erythematodes gelitten, Fall 2 hatte vor 8 Jahren rheumatisches Fieber und Erythema nodosum. Später bekam er zwei Abszesse an Stirn. Jetzt sähe man Flecke mit deutlichen Telangiektasien in den flachen Partien, dazwischen aber auch feste rosafarbene Knoten, die auf Druck weiß würden. An einzelnen Stellen bildeten diese Knoten Ringe wie beim Granuloma annullare. Pirquet und Wa.R. negativ. Tbc.-Antezedentien gleichfalls negativ

Mac Cormac berichtet von Kranken, der anfangs gleiche Knoten gezeigt habe, die gleichfalls später zum Granuloma annullare sich zusammengeschlossen hätten.

Barber: Gutartiges Lymphogranulom *(Schaumann)*. Früher schon zweimal vorgestellt, jetzt anscheinend geheilt. Behandlung mit Lichtbädern, Jod, Lebertran und intramuskulären Injektionen von Natr. morrhuatum. Ein zweiter damals im Zusammenhang mit diesem gezeigter Kranker mit Sarkoiden habe zwar auf gleiche Behandlung nicht reagiert, sei aber durch Krysolgan geheilt worden. Der jetzige Lymphogranulomfall hatte Lp. pernio, an Händen und Fingern, sonst an oberen Extremitäten große und kleine Knoten und infiltrierte Flecke, an Stirn verkrustete Narbe mit sarkoider Infiltration und an Nase Flecke wie Lp. erythematodes. Jetzt alles verschwunden.

Mac Cormac: Schanker redux mit negativer serologischer Provokation. Junge Frau hatte vor 8 Jahren Lippenschanker und luetisches Exanthem. Wa.R. damals stark positiv. Nach 1 Jahr Behandlung war Wa.R. negativ und blieb es bis vor 3 Jahren. Trotzdem wegen Schwangerschaft Kur. Kind gesund. Jetzt obiger Schanker bei negativer Wa.R., die auch nach provo-

Digitized by Google

katorischem Salvarsan nicht umschlug. Zwei Fragen erheben sich hier: 1. Wann kann man von Heilung sprechen? Denn hier sei klinische und serologische Heilung während 7½ Jahren vorhanden gewesen, trotzdem jetzt der tertiäre Rückfall. 2. Welchen Wert haben die provokatorischen Injektionen, die hier völlig versagten, trotz bestehenden offenkundigen Rückfalles? *Fox* meint, daß bei solchen Kranken man an verringerter Thyreoidtätigkeit gedacht habe, was aber nicht stimme. In vielen Fällen alter Lues mit besonderer Beteiligung der Haut wäre die Blutreaktion immer negativ und bliebe es auch nach erfolgreicher Behandlung. *O'Donavan* will von Provokation nie Nutzen gesehen haben seit den letzten 7 Jahren. Er möchte wissen, ob Vorstellender einen Unterschied mache zwischen Schanker redux, der eine Reinduration des Primäraffektes darstelle, und chankriformem Gumma, das, an der Stelle des Primäraffektes erscheinend, Primäraffekt vortäusche. Auch *Roxbourgh* will nie negative Wa.R. in positive haben umschlagen sehen nach Salvarsanprovokation. Das käme wohl daher, daß die angewandte Methode *Luceys* so äußerst empfindlich sei, daß sie schon immer gleich positiven Ausschlag gäbe in latent kranken Fällen. *Fox* definiert Schanker redux als Rückfall an Primärstelle, während schankriformes Gumma überall sonst sich zeigen könne. Weiter sei zu bemerken, daß es „latenten Wassermann" gäbe. Er habe vor Jahren einen Kranken mit luetischer Ulzeration des Kopfes vorgestellt, der anfangs und während spezifischer Kur negativ geblieben, nach Kur aber positiv geworden wäre. Unter 15% negativer Spätlues würden sicher 1—2 Fälle ins Positive umschlagen. *Mac Cormac* erwidert, daß er nicht wisse, ob *Fox* die Provokationsprobe für bindend halte. Er *(Mac Cormac)* möchte manchmal nichts geben auf den Wa.R.-Ausschlag, so in einem Falle jetzt, wo eine in seiner Beobachtung stehende Frau wahrscheinlich Lues sich früher zugezogen und jetzt ein mazeriertes Kind geboren habe. Trotzdem zeige sie negativen Wassermann.

Mac Cormac: Mykotische Nagelinfektion. Junger Mann bemerkte Nagelveränderung vor 9 Jahren zuerst in Indien. Damals ringförmige Eruption an rechter Wange. Vielleicht Tonsurans. Jetzt zeigt Nagel eigenartige gelbliche Längsstreifung. Nageloberfläche glatt, unter Nagel keine Pilzanhäufung. Mikroskopisch feines verzweigtes Myzel, das an Monilia denken lasse. Fall soll bakteriologisch genau untersucht werden.

Sitzung vom 15. Dezember 1927 unter *Mac Leods* Vorsitz.
The Br. j. o. D. a. S. 1928, 5.

Semon: Dermatitis repens (Crocker). 42jährige unverheiratete Frau bekam vor 6 Monaten erste Blase auf dritter Zehe. Gradatim Aufschießen weiterer Blasen in Gruppen, so daß jetzt an verschiedensten Körperstellen solche bestehen bzw. bestanden haben. Die aufschießenden Blasen verwandeln nach wenigen Stunden ihren klaren Inhalt in einen eitrigen, platzen dann und hinterlassen ein Geschwür, das unter Permanganatumschlägen in 1 bis 2 Tagen heilt. Seit 2 Monaten nun bleiben die Läsionen an gleicher Stelle unverwandt stehen unter Heilen und Wiederaufschießen in etwa 2wöchentlichem Zyklus. Der Verschlimmerung geht immer allgemeines Krankheitsgefühl voraus, sonst zwischendurch Wohlbefinden. Kein Fieber. Blaseninhalt immer reine Kulturen von Staphylococcus aureus. Wa.R. negativ, Blut und Urin normal. Da aber hier keine Zunahme durch Kontiguität, sondern Aufschießen an entferntesten Körperstellen, könne obige Diagnose nicht aufrechterhalten werden, um so weniger als von Trauma auch keine Rede sei. Auch Pem-

Digitized by Google

phigus scheide aus wegen bakteriologischen Befundes und Nichtergriffenseins der Schleimhäute. Auch Acrodermatitis continua (Hallopeau) habe er ausgeschieden, da Nägel nicht einbezogen und Läsion nicht auf Extremitäten beschränkt sei. Man müsse hier an Untervarietät von Hallopeau oder der Dermatitis repens denken, die noch nicht klassifiziert sei. *Mac Leod* denkt an Anfangsphase von Pemphigus vegetans, und zwar an seine mildere Form, die der Dermatitis herpetiformis nahestehe. Ähnliches seiner Fälle sei zufriedenstellend mit Antistreptokokkenserum behandelt worden. *Barber* hält Dermatitis repens *(Crocker)* und Hallopeaus Acrodermatitis continua für dasselbe, im ersten Falle handle es sich um eine generalisierte, im zweiten um eine lokalisierte Form, welch letztere sehr selten sei. Da aber vorgestellte Kranke in Bläschen anfangs klaren Inhalt habe, die beiden obigen Dermatosen von Anfang an solche mit eitrigem Inhalt zeigten, so gehöre Vorgestellte nicht zu Dermatitis repens, noch zu Hallopeau. Er nehme Impetigo herpetiformis an.

Goldsmith findet es sonderbar, daß bei Impetigo herpetiformis (auf dem Kontinent) niemals Bakterien gefunden seien. Solche könnten trotz klaren Blaseninhaltes dennoch vorliegen, wie er aus ähnlichen klaren Blasen jedesmal Staphylococcus pyogenes aureus habe kultivieren können, und solche Staphylokokkusblasen blieben stationär, wie im vorgestellten Falle, daher denke er an Staphylokokken. Nach Postskriptum (2 Monate später) hat sich Zustand weiter so verschlechtert, daß Pemphigusverdacht gerechtfertigt erscheint.

Wigley: Folliculitis decalvans. 4jähriges Mädchen mit unregelmäßigen kahlen Kopfstellen, deren einzelne noch dürftige Haarbüschel zeigen. In Haarschäften viele Staphylokokken. Leichtes generalisiertes Xeroderma, Strabismus internus, etwas wie Kretinismus, mental normal. Wa.R. negativ. Thyreoidmedikation wirkungslos wie bislang auch jede andere.

Sibley: Mycosis fungoides. Verheiratete 49jährige Frau. Vor 9 Jahren Pityriasis rubra = „femme rouge". Damals habe Vorstellender die Kranke gezeigt mit der Vermutung auf Prämykose. Seitdem Zustand unverändert, bald Verschlimmerung bald Wiederabblassen einzelner Hautstellen zur Normalen. Das einzige, das allenfalls inzwischen half, waren Dampfbäder und Röntgen. Jetzt einzelne Tumoren. Eosinophile sind von 1% im Jahre 1919 unter Schwankungen bis jetzt auf 5% gestiegen. Kalziumgehalt im Serum um 50% über Normalzustand. Urin und Blutdruck normal. Diagnose oft gewechselt. Meistens dachte man an Psoriasis, wofür auch Histologie sprach.

O'Donovan: Ausgedehnter Lupus des Gesichtes bei jungem Mädchen mit Mikrostomie, Ektropium und frühentwickeltem bösartigen Röntgenpapillom. 19jähriges Mädchen mit Lupus seit 12 Jahren. Nach Anamnese einmal 18 Monate lang Röntgen, alle 14 Tage einmal. Später 3 Monate lang Finsen. Jetzt weit zerstörtes verstümmeltes Gesicht. Am l. Mundwinkel erhabene, mäßig feste, glatte, rötliche Papel. Großes eitriges Geschwür auf r. Wange. Fall wird vorgestellt zur Beherzigung der Möglichkeit von Spätläsion nach Röntgen. *Mac Leod* warnt vor dem Versuch, Lupus durch forciertes Röntgen heilen zu wollen.

Goldsmith: Adenome der Schleimdrüsen. 31jähriger Mann mit Beschwerden des harten Gaumens seit 1¾ Jahren. Haufen von kleinen weißlichen Tumoren, jeder mit rotem Zentrum. Sitz beiderseits der Mittellinie im Gebiet der Vereinigungsnaht von hartem und weichem Gaumen. Der ganze Gaumen zeigt granuläre Oberfläche. Zerstörung der Tumoren durch Galvano-

Digitized by Google

kasuistik, folgt nach 1 Monat Wiederwachsen. Histologie unmöglich wegen zu großer Zerreißlichkeit des Materials. Das rote Zentrum der Läsion sei für solche Adenome der Schleimdrüsen charakteristisch. Auch dieser Kranke sei gleich früher erwähnten Fällen starker Raucher.

Dowling: Fall zur Diagnose. 42jährige Frau. Vor 12 Jahren am l. Bein kleiner Fleck wie nach Moskitobiß. Seitdem langsames Ausbreiten des Fleckes zur jetzigen Größe von 6:3½ cm. Früher aus der Tiefe kommende, sich radial ausbreitende Gefäße, mit Größerwerden des Fleckes Versiegen des Zentralgefäßes, wenn zur Zeit auch kleine Gefäße an Peripherie noch sichtbar. Jetzt leicht sklerotischer Fleck mit dünner und durchleuchtender Epidermis. Frühere Annahme auf Artefakt, inzwischen aufgegeben. Histologische Untersuchung vorbereitet. *Mac Leod:* schwankt zwischen Sklerodermie und Artefakt. Gegen wachsende Telangiektasie spräche die zu große Regelmäßigkeit der Peripherie. *Mac Cormac* sah zwei ähnliche Fälle, bei denen ihm die sonderbar wie mit Xylol getränkte transparente Haut auffiel. Wohl Sklerodermie.

Haldan-Davis: Multiple Epitheliome. 79jähriger Mann mit juckenden Flecken an Beinen, etwa 6:3 cm. Flecke etwas verhärtet und mit warziger Oberfläche. Weitere ähnliche am gleichen und andern Bein. Klinisch Verdacht auf Lichen verrucosus oder Prurigo nodularis. Histologie stellte Epitheliom fest. Hier folgende drei Schwierigkeiten: 1. Jucken als Hauptsymptom bei Epitheliom. 2. Liegt Bowen vor? 3. Welche Behandlung? Radium?

Siegfried (Aachen).

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. Dezember 1927.

Vorsitzender: *Hudelo.*

L. Lortat-Jacob, Fernet und *Poumeau-Delille:* Beiderseitige Störung im Fazialis-Vestibularis-Gebiet bei einem Sekundärsyphilitiker mit Intoleranz gegen Novarsenobenzol.

Der 26jährige Patient erschien am 23. Oktober mit Lues I seropositiva. Er erhielt am 23. Oktober 0,15 Novarsenobenzol, am 26. Oktober 0,3, am 2. November 0,45. Danach Fieber und skarlatiniformes Exanthem. Am 7. November 0,15 Novarsenobenzol. Danach Erbrechen und Fieber bis 40°. In den nächsten Tagen lediglich Hg-Injektionen. Am 16. November Lähmung im Fazialisgebiet beiderseits und Störungen des Vestibularis. Der Cochlearis blieb frei. Unter Wismut gingen die Erscheinungen zurück.

L. Lortat-Jacob und *F. Fernet:* Symmetrisches Granuloma annulare der Ellenbogen und der Fußrücken. Heilung nach Biopsie.

Der Rückgang vollzog sich nach einer Biopsie, die am l. Ellenbogen vorgenommen wurde. *Darier* weist auf analoge Beobachtungen hin und denkt daran, daß Antikörper frei werden.

L. Lortat-Jacob, Fernet und *Poumeau-Delille:* Ein Fall von typischer Sarcomatosis cutis Kaposi.

Befallen war ein 62jähriger Russe (Pelzhändler).

L. Lortat-Jacob, Legrain, Civatte: Isolierter pseudo-phlegmonöser kongenitaler Tumor (histologisch: Neurofibrom).

Es handelte sich um einen großen, gebuckelten, rötlichen Tumor an der l. Hüfte eines 2 Monate alten Kindes. Die histologische Untersuchung stammte von *Civatte.*

Digitized by Google

Louste, Juster und *Dramez:* Versuche, Frauenbart mit Thalliumionisation zu behandeln.

In zwei Fällen wurde eine vorübergehende Epilation erzielt (8 bzw. 19 [!] Sitzungen).

Louste, Du Castel und *Juster:* Zwei Fälle von Lichen planus in Bandform. Je einmal war die obere bzw. untere Extremität befallen.

Louste, Salmon und *Caillian:* Neuer Fall eines pigmentierten Nävokarzinoms mit Elektrokoagulationsbehandlung.

Beitrag zu zwei früheren in gleicher Weise behandelten Fällen.

Jeanselme, Paul Lefèvre und *Yves Bureau:* Lichenoide Syphilide, generalisierte Alopezie und fistulöse Lymphadenitis am Halse.

Der Symptomenkomplex fand sich bei einer 32jährigen Frau mit Syphilis II.

Milian und *Lonjumeau:* Lymphatischer Tumor „en cuirasse" des Halses mit Teleangiektasien und Metastasen.

Es wird bei dem 56jährigen Manne an einen primären Magentumor gedacht. Die Metastasen fanden sich auf dem Rücken in Form erythematöser Infiltrate.

Laignel-Lavastine und *Sézary:* Über eine seit Kindheit bestehende Pigmentierung in Kreis-, Netz- und Fleckform.

Pathogenetisch wird an Hypothyreoidismus gedacht. Die Fleckbildung war bei dem 19jährigen Mädchen mit 7 Jahren aufgetreten.

S. Rimé und *Y. Bureau:* Erythem nach Injektion von Akridin.

Am 2. Tage nach einer Gonakrininjektion fanden sich multiple skarlatiniforme Erytheme an den verschiedensten Körperstellen bei Fieber bis 39°. Die Erscheinungen schwanden nach 4—5 Tagen.

Joergen Schaumann und *Karl Hedén:* Über die Behandlung des Lupus erythematodes mit Krysolgan.

Bei 56 Kranken 26mal völlige Heilung (= 46,4%), 21mal fast völlige Heilung (= 35%), 7mal bedeutende Besserung (= 12,5%), 2mal Mißerfolg (= 3,6%). Eingehende Schilderung der Nebenerscheinungen (9 kurze Krankengeschichten von Fällen mit Hauterscheinungen, Nierenschädigungen [4 Fälle], Schleimhauterscheinungen, Allgemeinstörungen). Trotzdem Betonung der guten Wirksamkeit.

Milian-Kitchevatz: Eine allergische Reaktion bei der Erkrankung *Nicolas-Favre.*

Dind hatte auf dem 3. Kongreß der Dermatologen und Syphilidologen französischer Sprache Mitteilung gemacht von einer intradermalen allergischen Reaktion, die er mit einem aus exstirpierten und zerkleinerten Drüsen gewonnenen Antigenfiltrat hervorrief. Im Gegensatz zu seiner komplizierteren Technik der Gewinnung hat *K.* lediglich Drüsenpunktionseiter benutzt, der zu gleichen Teilen mit physiologischem Serum verdünnt und 4, 6, 8, 12 Stunden auf 56° erhitzt wurde. Mit diesem Poroantigen konnte *K.* die Resultate von *Frei* (Verdünnung 1:10; Erwärmung auf 60°) bestätigen.

Milian Kitchevatz: Autovakzinebehandlung bei der Erkrankung *Nicolas-Favre.*

Günstige Erfahrung bei zwei Fällen, wobei Wirkung im Sinne einer Proteinkörpertherapie noch nicht auszuschließen ist.

Digitized by Google

M. Kitchevatz und *V. Kitchevatz-Petrovitch:* Beitrag zur Ätiologie der Erkrankung *Nicolas-Favre*. Bakteriologie und Komplementablenkung. (Vorläufige Mitteilung.)

Verfasser konnten unter vier Kranken bei einem einen Bazillus züchten, mit dessen Emulsion als Antigen das Serum dieses Kranken, wie auch von zwei weiteren Komplementablenkung ergab. Serum eines Gesunden ergab niemals Komplementablenkung.

Hissard: Feigenbaumsaft und umschriebene Seborrhöe.

Heilung nach dreimaliger Anwendung für je 24 Stunden.

L. Chatellier und *R. Sorel:* Polymorphe Leukämide und Hautleukämien (Histologie).

Bereits *Nanta* hatte darauf hingewiesen, daß die banalsten Elemente der Leukämide (Erythem, Urtikaria, Papeln, Blasen usw.) histologisch meist die Struktur der Hautleukämie zeigen. Verfasser berichten über analoge Befunde an Hand eines Falles von lymphatischer Leukämie.

L. Danel: Parapsoriasis maculosa.

Lokal bewirkte Ultraviolettlichtbestrahlung (Erythembildung mit Bläschen), Heilung.

A. Zimmern, Nicolleau und *Arvanitakis:* Hautanästhesie durch elektrolytische Einführung von Carbaïne.

„Carbaïne" wird als „Carbonate de l'éther para-aminobenzoïque du diéthylaminoéthanol" definiert. Anästhetisch wirksamer als Stovain führt es nicht zu den Störungen wie Kokain, da ihm die vasokonstriktorische Fähigkeit fehlt. Verwendet wurde eine 5 % ige Lösung bei 2—10 m Amp. für 10 bis 15 Minuten.

Tchiprout: Über die Ätiologie gewisser Plaques der Wangenschleimhaut mit leukoplakischem Aussehen, die in Vorderasien beobachtet wurden. In Betracht kommen als auslösende Reize Tabakrauchen, Scheuern großer Pfeifenmundstücke und chemische Bestandteile des Wassers (Kalk).

Rabut und *Canal:* Zwei Herde von „Mikrosporon felineum". Ein Fall von „Achorion gypseum".

Die beiden ersteren kleinen Epidemien gingen von je einer siamesischen Katze aus, die Achorionerkrankung betraf den Eigentümer eines Hundes, der jedoch selbst nicht untersucht wurde.

R. Barthélemy: Traumatischer Zoster.

Der Zoster trat am Tage nach starker Stoßeinwirkung in die Seite auf.

Jeanselme und *Burnier:* Primäre und sekundäre Syphilis mit Resistenz gegen Arsen, Wismut und Quecksilber. Heilung durch Goldsalze (Crisalbine).

Nach einem Monat der Behandlung mit neun Injektionen Novarsenobenzol (zusammen 5,25 g) zeigte der 35jährige Mann noch Roseola und zahlreiche Spirochäten im Schanker und in Mundpapeln. Nach weiteren acht Bi.-Injektionen (Curalues à 0,16 g) Fortbestehen der Schleimhautplaques, positiver Spirochätenbefund. Nach sechs intravenösen Injektionen von Hg-cyanür, die täglich verabreicht wurden, fanden sich immer noch Spirochäten im Schanker. Nach der vierten Injektion von Crisalbine (pro Woche zwei Injektionen) Rückgang der Erscheinungen. Heilung nach 16 Injektionen (4 g Crisalbine). Crisalbine zeigte auch in einem zweiten Falle gute Wirkung, nachdem sechs Injektionen von Novarsenobenzol (zusammen 3,0 g) versagt hatten und ein

Digitized by Google

Sekundär-Exanthem ausgebrochen war. In einem dritten Falle guter Rückgang der Sekundärerscheinungen nach der sechsten Injektion von 0,25 Crisalbine.

Burnier und Frl. *A. Mercier:* Erythema annulare centrifugum.

Ausgedehnte, mit 17 Monaten bestehende Erkrankung eines 43jähr. Mannes. Besserung nach Wismutbehandlung. *E. Zurhelle* (Bonn).

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Dermatologie.

Therapie.

De Favento P.: **Die Behandlung des Lupus erythematosus und anderer Hautaffektionen mit der Kryotherapie.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 344.

De Favento hat mit dem Kryokauter von *Lortat-Jacob* 9 Fälle von Lupus erythematosus des Gesichtes, 3 Fälle von Lupus vulgaris, 1 Fall von Epitheliom der Nase, 1 Fall von Leukoplakie der Mundschleimhaut, je 2 Fälle von Angiom und Keloiden behandelt.

Von den 9 Fällen von Lupus eryth. wurden 6 durch 5—10 Sitzungen geheilt, 2 weitere gebessert; ein 12 Jahre bestehender Fall wurde durch die Behandlung nicht beeinflußt. Bei Lupus vulgaris eine völlige Heilung und zwei Besserungen. Bei den anderen behandelten Erkrankungen Heilungen. Bei allen Fällen wurden gute weiche Narbenbildungen erzielt.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Hugo Müller: **Die lokale Ektebineinreibung des Lupus vulgaris in ihrer Bedeutung für die Behandlung.** D. W. Bd. 85, 36.

Es wurden Versuche angestellt, Lup. vulg. allein durch örtliche Einreibung von Ektebin zu beeinflussen. Dabei wurden starke Reaktionen erzeugt, aber keine beschleunigte Heilung erzielt. In Verbindung mit örtlicher Quarzlampenbestrahlung waren die Erfolge besser. Besonders günstige Resultate wurden durch Kombination von lokaler Ektebin-Lichttherapie mit Krysolgan-Injektionen und Allgemeinbestrahlung erzielt. *Schreyer* (Berlin).

Fr. Wirz: **Aurophosbehandlung bei Lupus vulgaris, Lupus erythematozus und Tuberkuliden.** Münch. med. Woch. Nr. 26, 1927.

4 Fälle von Lupus vulgaris, 19 Fälle von Lupus erythematosus, 8 Fälle von Erythema induratum Bazin und 1 Fall von papulo-nekrotischem Tuberkulid wurden mit Aurophos behandelt. Alle Fälle von Erythema induratum Bazin, das Tuberkulid, sowie 14 Fälle von Lupus erythematozus wurden geheilt, während die Fälle von Lupus vulgaris nur gebessert wurden. Die Dosierung war folgende: Am 1. Tag 0,001 Aurophos, am 3. Tag 0,0025, am 6. Tag 0,005, am 9. Tag 0,01, am 12. Tag 0,05, am 15. Tag 0,1, danach wöchentlich 0,1 weiter bis zur Heilung. Bei 3 Fällen konnte die

Digitized by Google

Behandlung wegen starker Kopfschmerzen und auffallender Müdigkeit sowie Erbrechen nicht weitergeführt werden. In 2 Fällen traten vorübergehende Nierenreizungen auf, in 1 Fall wurde ein generalisiertes Aurophosexanthem beobachtet. *J. Weinstock* (Charlottenburg).

Axmann: **Ambulatorische Lupusbehandlung.** Münch. med. Woch. Nr. 9, 1927.

Zur ambulatorischen Lupusbehandlung empfiehlt der Autor vor allem das Pyotropin, dessen Schmerzhaftigkeit durch Anästhesierung mittels einer 10%igen Lösung von Alypin mit Zusatz von 2 Tropfen Suprareninlösung und 1 Tropfen Acid. carb. auf 10 g Flüssigkeit fast aufgehoben wird. Zur Unterstützung der Pyotropinbehandlung und zugleich zur Narbenerweichung reibt der Verfasser ferner die lupösen Partien mit Ektebin ein und legt Pankreasdispert in Pflasterform auf. Bei übermäßig nachfolgender Hautabschuppung wurde eine Salbe, die Chaulmoograester enthält, angewandt. *Weinstock* (Charlottenburg).

Eschweiler-Düsseldorf: **Über die Behandlung des Lupus vulgaris der Haut und der Schleimhäute.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 5. 1927.

Verfasser verwirft jegliche Ätzbehandlung des Lupus mit Pyrogallus und Pyotropin, weil sie nur selten zu einer endgültigen Heilung führt und meist danach sehr bald Rezidive auftreten. Ebenso ist er von der Wirkung der Kromeyerschen Quarzlampe auf das lupöse Gewebe wenig überzeugt, weil die Reizung meist sehr stark ist, der Erfolg auf den Lupus dagegen nur sehr gering. Ebenso warnt er vor Röntgentiefenbestrahlungen, weil in der atrophischen Haut später die Rezidive sehr schwer zu beeinflussen sind. Er empfiehlt die Anwendung des Finsen-Reyn-Apparates mit Kompression und des Kohlenbogenlichtes mit von ihm veränderter Stellung der Kohlenstifte. Seine Resultate sind in bezug auf den kosmetischen Erfolg und die Dauerheilung ausgezeichnet. *Krüger* (Sagan).

Zyganowa: **Kochsalz bei Hauttuberkulose.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 3.

Anstelle von Pyrogallussäure empfiehlt Verfasser zu demselben Zweck bei Lupus vulg. die Anwendung von Kochsalz, welches mit Wasser zu einem Brei vermischt wird und in dicker Schicht, die 2—3, mitunter 24 Stunden einwirken muß, auf die kranke, eiternde Oberfläche aufgelegt wird. Handelt es sich um keine eiternde Lupusform, muß die Oberfläche zunächst durch 25—40%ige Resorcinsalbe oder auf andere Weise zur Eiterung gebracht werden. Vor Anwendung des Breies ist eine Morphiumbepinselung zu empfehlen, da die Kochsalzbreianwendung schmerzhaft ist. Unter späterer Borvaselinbehandlung wird in verhältnismäßig kurzer Zeit eine zarte Narbe erzielt. *A. Jordan.*

Lepskaja und *Rachin:* **Zur Insulin-Mastkur bei Tuberkulose.** D. m. W. 1927, Nr. 37.

Wie die Versuche von *Marriott* und *Falta* zeigten, übt das Insulin auch bei Nichtdiabetikern eine mächtige Wirkung auf die Ausnutzung der dem Organismus zugeführten Kohlehydrate aus. Es ist außerdem geeignet, den Appetit bei Nichtdiabetikern durch seine Eigenschaft, die Aufnahme des Zuckers durch die Körperzellen zu fördern und eine Hypoglykämie

Digitized by Google

hervorzurufen, mächtig zu steigern. Aus diesen Gründen verwandten Verfasser das Insulin bei solchen Fällen, in welchen die Unterernährung durch eine chronische Infektion hervorgerufen wird, also vor allem bei der Tuberkulose. Der Insulin-Mastkur wurden 6 weibliche Patienten, welche eine Lungentuberkulose, chronische Malaria usw. aufwiesen, unterworfen. Schon während der ersten Tage der Behandlung war bei noch kleinen Insulindosen (12—16 Einheiten Insulin Leo) eine Steigerung des Appetites zu verzeichnen, welcher sich mit Zunahme der Dosen über die Norm vermehrte, zuweilen den Charakter eines Heißhungers annahm. Die Behandlung dauerte 3—5 Wochen, bei Menses durch eine 2—3tägige Pause unterbrochen. Die Pat. nahmen in 3 Wochen im Mittel um 3 kg zu. Der Blutzuckerspiegel senkte sich nach 30 Minuten nach der Insulininjektion, um nach dem Essen wieder anzusteigen und später in 2—3 Stunden die ursprüngliche Höhe zu erreichen. Dosierung: Probeinjektion von 4 oder 8 Einheiten, am Ende der ersten Woche Tagesdosis von 32 Einheiten, am Ende der zweiten von 48—56 Einheiten, welche Dosis durchschnittlich eine Woche lang gegeben wurde. Die Tagesdosis wurde auf 2, bei größeren Dosen auf 3 Injektionen verteilt. Es zeigte sich interessanterweise, daß jede Kranke ihre eigene optimale Insulindosis besaß, deren weitere Erhöhung keine entsprechend günstige Wirkung verursachte, sondern einen Stillstand des Heilerfolges erkennen ließ. Die Beobachtungszeit erstreckte sich auf 3½ Monate bis zu einem halben Jahr, während welcher Zeit das erreichte Körpergewicht und der gute Appetit auch trotz einiger interkurrenter Erkrankungen unverändert blieben. Auf Grund dieser Dauererfolge schließen Verfasser, daß die Gewichtszunahmen nicht durch Wasserspeicherung, sondern durch vollwertigen Gewebsansatz verursacht worden sind. *O. Dittrich* (Kiel).

Bonheim: **Die Injektionsbehandlung der Hämorrhoidalknoten.** M. K. 1927, 23.

Kleine Knoten wie bislang mit Salben und Anusolzäpfchen behandeln. Besonders bewährt Nohäsa-Salbe. Stuhl regulieren mit Paraffinum liquidum. Diät frei von blähenden Speisen, knapp und fettfrei. Größere Knoten werden am Tage vor der Operation zweimal durch gutsitzendes Saugglas nach Purgieren mit Rizinus aspiriert, am Morgen der Operation nochmals. Betäubung durch Cloräthyl-Kölnischwasserrausch oder Lokalanästhesie. Nach Anlegen oberflächlicher Quaddeln mit 0,5%iger Novocain-Suprarenin-Mischung wird ganzer Analring umspritzt, dann ringförmige tiefe Anästhesierung und schließlich mit 5 cm tiefer Nadel Injektionen parallel Darmwand. Dann Dehnung des Analringes mittels Finger. Vorsicht gegen Darmriß! Dann nochmals Ansaugen aller tiefen Knoten. Jetzt wird 96%iger Alkohol zuerst in die inneren, dann auch in die größeren äußeren Knoten gespritzt in Mengen von ½—1 ccm. Vor jeder neuen Einspritzung neue Kanüle, da austretender Alkohol auf Schleimhaut sonst Reizungen bewirkt. Jetzt herausliegende (wegen betäubenden Alkohols) schmerzfreie Knoten mit indifferentem Salbenlappen bedecken und Kranken ins Bett stecken. Prolabierte Knoten so lassen, daß Reposition doch unmöglich. Heilung nach 14 Tagen. Aufstehen schon nach 8 Tagen möglich. Unangenehme Zufälle seit 4 Jahren vermieden. Verfahren soll schmerzlos sein.

Siegfried (Aachen).

Digitized by Google

Osterweil: **Über Behandlung der Hämorrhoiden mit Anusol-Suppositorien.** M. K. 1927, 32.

Warme Empfehlung obiger Zäpfchen, da sie bei ambulanter Behandlung die Kranken „schnell und sicher" von ihren Beschwerden heilen sollen, zumal sie alle Erfordernisse erfüllen, die man therapeutisch an ein Hämorrhoidalheilmittel stellen muß, nämlich, daß es den Stuhl schlüpfrig macht und ihn erweicht, Obstipation beseitigt, gereizte Schleimhaut nicht weiter reizt, adstringierend, granulierend, epithelisierend wirkt, desinfiziert und Juckreiz bekämpft. *Siegfried* (Aachen).

Volkenrath: **Meine Erfahrungen mit Recto-Serol bei Hämorrhoidalbeschwerden und dergleichen.** M. K. 1926, 50.

Recto-Serol der Firma Merz & Co. Frankfurt a. M. besteht aus Extr. hamamelid., Alum. acet. tartar., Formaldehyd, Balsam. peruv. und Novokain, alles gelöst in Serol, einem wasserlöslichen Proteinkörper. Das Medikament wird in Tuben verkauft, an die man ein kleines Afterrohr aus Glas oder Hartgummi anschrauben kann, wodurch man es leicht in den After hineindeponieren kann. Verfasser will mit dem Mittel recht gute Erfolge erzielt haben, besonders rühmt er ihm auch eine abführende Wirkung nach, auch bei starker Verstopfung. *Siegfried* (Aachen).

Semler: **Behandlung der Hämorrhoiden mit Scillonett-Anusitorien.** M. K. 1926, 51.

Da Hypoplasie des gesamten Kreislaufes neben allgemeiner Bindegewebsschwäche (Gastroptose, Wanderniere, Varizen, Plattfuß) meist als Ursache der Hämorrhoiden anzusprechen ist, so muß die Therapie danach streben, den Tonus der Vasomotoren zu heben. Vor allem sollen okkulte Stauungen im r. Herzen oft für H. verantwortlich sein. Da Scillaglykosid gerade auf r. Herz antreibend wirkt und seine Diastolie verbessert, so hat Verf. bei Chem. Fabr. Laboschin A.-G. Berlin NW. Anusolzäpfchen herstellen lassen, die neben obigem Glykosid adstringierende und anästhesierende Mittel enthalten. Intoxikationserscheinungen sollen, auch bei 3 Zäpfchen täglich, nie beobachtet worden sein trotz des kumulierenden Scillaglykosids. Daneben Diät und Hydrotherapie. Verfasser sieht in seinen Zäpfchen ein sehr wirksames Mittel, was ihm auch andere Kollegen bestätigt haben. *Siegfried* (Aachen).

Kupffer: **Über die Behandlung der Lepra mit Krysolgan.** M. K. 1927, 10.

Da die Leprabakterien der Lepra und ihre pathologisch-anatomischen Äußerungen in vieler Hinsicht den Tuberkelbazillen und den tuberkulösen Granulomen ähneln, lag der Gedanke nahe, das Krysolgan, mit dem man bei Tbc. erfreuliche Heilerfolge hatte, auch der Lepra gegenüber anzuwenden. Es zeigt sich, daß bei tuberösen Lepraformen sowohl wie bei makulösen an den spezifischen Herden Herdreaktionen auftraten, die schließlich zu wesentlichen Besserungen führten. Besonders günstig aber waren die Ergebnisse bei Augenlepra. Die Granulome über den Pupillen, die ja schließlich zur Erblindung führen, schmolzen glatt ein, auch Irisverwachsungen lösten sich, ein stimmloser Kranker erlangte sogar seine Stimme wieder. *Siegfried* (Aachen).

Digitized by Google

W. Treuherz-Sao Paulo: **4 Jahre Erfahrungen mit intravenösen Injektionen von Antileprol (Bayer), kombiniert mit 2%iger Brechweinsteinlösung intravenös gegen Lepra.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 12. 1927.

Wegen der Schwierigkeit der Durchführbarkeit der intramuskulären Injektionen des Chaulmoograöles — es erzeugt sehr schmerzhafte Infiltrate und Nekrosen — entschloß sich Verf. zur intravenösen Injektion von Antileprol. Die Dosierung ist ziemlich schwierig; meist gelingt es aber, eine gewisse Gewöhnung und Verträglichkeit zu erzielen, wenn man sich langsam und vorsichtig herantastet. Die Nebenerscheinungen bestehen in Angstgefühl, Kompressionszuständen im Halse, Herzklopfen und Hustenanfällen. Ernstliche Störungen wurden nicht beobachtet. Meist kann man jeden 2. Tag 0,8—1,2 ccm geben, oft sogar über mehrere Monate hinaus. Die Heilungsresultate sind bei der Lepra natürlich sehr schwer zu beurteilen, da der Verlauf der Krankheit eminent chronisch ist. Die Symptome werden mindestens ebenso gut beeinflußt wie durch intramuskuläre Chaulmoograölinjektionen oder durch dessen perorale Verabfolgung, und man hat den Vorteil, daß die Pat. nicht vorzeitig wegen zu großer Schmerzen die Behandlung abbrechen. *Krüger* (Sagan).

A. Paldrock und *A. Rängel* (Tartu-Dorpat): **Zur Sanokrysinbehandlung der Lepra.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 11. 1927.

Bei 3 Pat. mit tuberösen Lepromen wurde eine Sanokrysinbehandlung vorgenommen. Trotzdem sich dieselbe über längere Zeit hinaus erstreckte, war klinisch keine Veränderung des Krankheitsbildes festzustellen. Im Anschluß an die intravenöse Injektion kam es meist zu Allgemeinreaktionen (Temperatursteigerungen, Schwindel, Herzschwäche) und lokalen Reaktionen, die sich in Rötung und Anschwellung der Leprome äußerten. Während der Behandlung verloren die Pat. sehr bedeutend an Körpergewicht. Der Lipasegehalt des Blutes wurde nur ganz gering oder überhaupt nicht verändert, eine mäßige Zunahme der Leukozyten konnte dagegen festgestellt werden *Krüger* (Sagan).

W. A. Hoffmann: **Die Goldbehandlung der Lepra.** Münch. med. Woch. Nr. 10. 1927.

Ausgehend von günstigen Erfahrungen mit der Goldbehandlung bei leprösen Augenerkrankungen, wandte der Verfasser das Gold in größerem Umfange zur Bekämpfung der Lepra an. Das angewandte Präparat war Krysolgan, das ohne alle Nebenerscheinungen vertragen wurde. Wenn auch vorläufig ein abschließendes Urteil über die Erfolge der Behandlung noch nicht zu fällen ist, so fordern die bisher gemachten günstigen Erfahrungen doch zu weiteren Nachprüfungen an größerem Material auf.

Weinstock (Charlottenburg).

Dörner: **Auligen, ein neues Mittel in der Ekzemtherapie.** Münch. med. Woch. Nr. 21. 1927.

Auligen ist eine organische Schwefelverbindung mit 52 % Schwefelgehalt, das sich dem Verfasser als 6 % Auligenvaseline bei chronischem, schon jahrelang bestehendem Ekzem aufs beste bewährt hat. Auch bei seborrhöischen Erkrankungen, wie der Akne vulgaris und bei Ekzemen des Anus leistet es gute Dienste. Hier wirken auch Suppositorien mit Auligenzusatz günstig. *J. Weinstock* (Charlottenburg).

Digitized by Google

Olga Nowak: **Über klinische Erfahrungen mit „Chronex" in der Ekzembehandlung.** D. W. 1927. Nr. 32.

Jahrelang bestehende, schwer beeinflußbare Ekzeme mit starker Hautverdickung, Jucken und Lichenifikation zeigten nach Behandlung mit Chronexsalbe einen wesentlichen Rückgang der Infiltration und der entzündlichen Erscheinungen. Bei frischen Ekzemen im nässenden Stadium bewährte sich das Präparat erst nach Abklingen der akuten Erscheinungen.

Schreyer (Berlin).

Colman: **Zur Therapie des Ekzems.** M. K. 1927. 51.

Verf. gibt hier die genaue Kasuistik eines mehrere Male rezidivierenden und sich trotz Behandlung unaufhörlich ausbreitenden Kopf-Rumpfekzems und behandelt in aller Ausführlichkeit seine je nach Zustand wechselnden therapeutischen Maßnahmen, die mit schließlicher Heilung ihr Ende fanden. Es lag Verf. daran, vor dem geistigen Auge des Praktikers einen bestimmten Fall kritisch zu beleuchten, um ihm aus der Erinnerung dieses Falles heraus möglicherweise vorkommendenfalls Handhaben zu bieten. Dermatologisch nichts Neues. *Siegfried* (Aachen).

Ferdinand Winkler-Wien: **Die Behandlung des seborrhoischen Ecems.** Ars. Medici. 1927. Nr. 11.

Aufzählung der verschiedenen antiseborrhoischen Mittel (Schwefel 1%, Resorcinwasser 5 %, Chrysarobinsalbe resp. ½ %ige mit Azeton bereitete Cignolinlösung, Ichthyol rein oder als Zusatz 5 %, ferner Chrysarobinsalbe, Salicylsäure 1—2 %, Pyrogallol 2 %, Ungt. praecip. album 1 %, Teer) und eingehende Beschreibung der ars. proce dendi beim seborrhoischen Ekzem. *Arthur Alexander* (Berlin).

R. Braude und *M. Sarchi:* **Zur Klinik, Histopathologie und Behandlung der Sycosis non parasitaria.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 10.

Die Verf. betrachten die Frage von der Sykosis non parasitaria im Lichte der augenblicklichen Kenntnisse über die Hautimmunität, haben durch eigene, durch zahlreiche Abbildungen illustrierte, histologische Untersuchungen konstatiert, daß der Prozeß ein oberflächlicher ist, der sich auf das obere Drittel des Follikels beschränkt und in 42 Fällen durch die intrakutane Autovakzinebehandlung auch die günstigsten Erfolge ergibt.

A. Jordan.

Friedrich Noltenius: **Bekämpfung und Verhütung der Ohrfurunkulose.** Münch. med. Woch. Nr. 43. 1926.

Die Entstehung der Ohrfurunkulose führt Verfasser auf zu intensiven Gebrauch des Wassers zurück, das in dem engen Gang nicht verdunsten kann und so zur Desquamation und bakteriellen Zersetzung der aufgelockerten Epidermisschollen führt. Als bestes Mittel zur raschen Heilung der Ohrfurunkulose hat sich dem Autor eine zweimal tägliche halbstündige Bestrahlung mit intensiver strahlender Wärme bewährt (Solluxlampe, elektrische Halbwattlampe, Gas-, Spiritus-, Benzinglühlicht).

J. Weinstock (Charlottenburg).

Digitized by Google

A. Gemach: **Bekämpfung und Verhütung der Ohrfurunkulose.** Münch. med. Woch. Nr. 50. 1926.

Verfasser wendet sich in einigen Punkten gegen die unter obigem Titel erschienenen Ausführungen von *Noltenius*, der bei der Ohrfurunkulose sehr gute Erfolge mit der Solluxlampe zu verzeichnen hatte. Wenn dies auch bei akuteren Fällen zutreffe, so doch nicht in chronischen Fällen, wo es nicht gelingt, durch Bestrahlung ein Rezidiv zu verhindern. Dies gelingt nach Ansicht des Autors nur, wenn man das zugrundeliegende Ekzem des Gehörgangs medikamentös oder durch Quarzlicht- oder Röntgentherapie zur Heilung bringt. *J. Weinstock* (Charlottenburg).

Friedrich Noltenius: **Bekämpfung und Verhütung der Ohrfurunkulose.** Münch. med. Woch. Nr. 19. 1927.

Widerlegung der von *Cemach* gegen die Lichttherapie des Verfassers erhobenen Einwände bei der Behandlung der Ohrfurunkulose.

J. Weinstock (Charlottenburg).

Franz Kuhn: **Schnellheilung des Furunkels.** Münch. med. Woch. Nr. 11. 1927.

Durch maximale Ansaugung des Furunkels mittels der Saugglocke bewirkt der Verfasser infolge des Zerspringens der Blutgefäße eine blutige Durchtränkung desselben in feinster Zerstreuung und Verteilung durch den ganzen Querschnitt des entzündeten Gewebsbezirks. Der Heileffekt dieser Methode beruht nach seiner Ansicht auf der maximalen Zuführung von Proteinkörpern durch diese Selbstimpfung, ferner auf der Anregung der Antikörperbildung durch die ausgetretenen Blutkörperchen und das Serum und auf der bakterienzerstörenden Wirkung des Serums selbst. Schließlich stellt das ausgetretene Blutextravasat auch eine eiweißreiche Nahrung für die im Kampfe gegen die Bakterien befindlichen Gewebszellen dar.

Verfasser gelingt es mittels dieser Methode durch meistens nur einmalige Saugung mit nachfolgender intensiver Wärmebehandlung eine Rückbildung des Furunkels zu erzielen und Inzisionen bei Furunkeln bis zu Handtellergröße ganz zu vermeiden. *J. Weinstock* (Charlottenburg).

H. Heinemann: **Akuter Furunkel und Sulfur jodat. D. 3.** Münch. med. Woch. Nr. 46. 1926.

Selbstbeobachtung, bei der ein akuter Furunkel sich bereits 24 Stunden nach der ersten Einnahme von Sulf. jodat. D. 3 zurückbildete und nach 4 Tagen vollkommen abgeheilt war.

J. Weinstock (Charlottenburg).

Fh. Zechlin: **Über konservative Behandlung von Furunkeln und Zellgewebsentzündungen.** Münch. med. Woch. Nr. 42. 1926.

Verfasser berichtet über außerordentlich günstige Resultate bei der Behandlung von Furunkeln, Panaritien- und Lymphgefäßentzündungen, eingewachsenem Nagel mit 33⅓ % Ungt. cinereum und Umschlägen mit heißer weinsaurer Tonerdelösung. Auffallend ist das schnelle Schwinden der Schmerzhaftigkeit der Entzündungsherde, ferner pflegt nach zweitägiger Anwendung meistens schon ein Rückgang der entzündlichen Erscheinungen einzutreten, so daß der Verfasser nur sehr selten zum Messer zu greifen brauchte. *J. Weinstock* (Charlottenburg).

Digitized by Google

A. Kißmeyer: **Über konservative Furunkelbehandlung mittels Ichthyol.** Münch. med. Woch. Nr. 7. 1927.

Mit Aufpinseln von reinem Ichthyol erzielte der Verfasser in jedem Entwicklungsstadium des Furunkels sehr gute Erfolge.

J. Weinstock (Charlottenburg).

W. Bronstein (Sewastopol): **Die Epilation der Haare von Pilzkranken nach der Methode von *Buschke-Langer*.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 5. 1927.

Die noch immer sehr zahlreichen Erkrankungen an Trichophytie, Mikrosporie und Favus in Rußland verlangen eine Methode der sicheren und leichten Epilation, die sich auch leicht vom Allgemeinpraktiker durchführen läßt. Die Anwendung der von *Buschke* und *Langer* angegebenen Methode der Epilation durch Thallium aceticum in Gaben von 8 mg pro Kilogramm Körpergewicht hat sehr zufriedenstellende Resultate bei der Nachprüfung ergeben. Die Epilation erfolgte prompt am 12—14 Tage und war sehr ausgiebig. Das Wiederwachsen der Haare war zufriedenstellend und erfolgte regelmäßig in jedem Falle. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Die Methode wird besonders für die Epilation bei Kindern empfohlen.

Krüger (Sagan).

A. Buschke und *E. Langer* (Berlin): **Bemerkung zu der Arbeit von *W. Bronstein:* „Die Epilation der Haare von Pilzkranken nach der Methode von *Buschke-Langer*" in Nr. 5 dieser Wochenschrift 1927.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 22. 1927.

Durch den Titel der Arbeit von *Bronstein* wird der Anschein erweckt, als ob *Buschke* und *Langer* die ersten gewesen wären die Thalliumazetat zur Epilation verwandt hätten. Dies Verdienst gebührt aber dem Italiener *Cicero. B.* und *L.* haben durch jahrelange Tierexperimente eine sichere Dosierung ausgearbeitet und überhaupt die Epilation mit Thalliumazetat zu einer therapeutisch allgemein anwendbaren Methode gemacht. Durch Besuch der Klinik und Kennenlernen der Methode sind die russischen Kollegen mit ihr vertraut geworden und daher erklärt sich ihr Irrtum. Die kombinierte Methode mit Röntgenstrahlen und Thalliumazetat ist von den beiden Autoren zuerst angegeben worden und soll hauptsächlich bei größeren Kindern und Erwachsenen angewandt werden. Über den Wert oder Unwert dieser Methode sind die Akten noch nicht geschlossen.

Krüger (Sagan).

H. Kleinmann (Balta): **Klinische Erfahrungen mit Thalliumazetat bei Haarpilzerkrankungen.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 15. 1927.

Es wurden im ganzen 141 Fälle nach dieser Methode behandelt. Meist wurde per os 7—8 mg pro Kilogramm verabfolgt. Die Wirkung in Form einer totalen Alopecie trat meist schon nach 14 Tagen auf, selten erst später. In zahlreichen Fällen konnte beobachtet werden, daß Haare an der Stirngrenze stehen blieben, dagegen die lateralen Teile der Augenbrauen mit ausfielen. Dies beruht auf der verschiedenen Innervation der verschiedenen Haarpartien. 6 Wochen nach der Thalliumverabfolgung beginnt das Haar wieder zu wachsen und bekommt nach zwei Monaten wieder die volle Dichte. Während der Thalliumwirkung war bei den Kindern eine Lymphozytose und Eosinophilie zu beobachten, meist waren diese Erscheinungen nach 2—3 Wochen abgeklungen. Sonst wurden keine

Digitized by Google

ernsteren Nebenerscheinungen beobachtet. Interessant ist, daß die Wirkung des Thalliumsalzes bei längerer Aufbewahrung weniger intensiv ist und die Alopecie auch erst später eintritt. *Krüger* (Sagan).

A. Dostrowsky (Jerusalem): **Zur Thalliumbehandlung der Haarpilzerkrankungen der Kinder.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 22. 1927.

Bei der Nachprüfung der Thalliumepilation an 22 Kindern zeigte sich, daß die Epilation in einer Reihe von Fällen ungenügend war, trotzdem 8 mg pro Kilogramm verabfolgt wurden. Der Haarausfall erfolgte in diesen Fällen sehr spät, war nicht total und das Haarwachstum begann bereits wieder nach acht Tagen. Die Spanne war also zu einer ausreichenden Behandlung zu kurz. Da zu ihrem Beginn erst das Auftreten der Epilation abgewartet worden war, wurden sechs Rezidive beobachtet. Es handelte sich bei diesen Versagern meist um Kinder, die in ihrer Entwicklung und im Körpergewicht hinter der Norm zurückgeblieben waren. An Nebenerscheinungen wurden beobachtet leichte Ermüdbarkeit, Beinschmerzen und erschwertes Gehen mit Feststellung von ischiasartigen Erscheinungen. Während dieser Symptome meist nur kurze Zeit dauerten, hielten sie in einem Fall sechs Wochen an. *Krüger* (Sagan).

A. Buschke und *E. Langer* (Berlin): **Bemerkungen zu obiger Arbeit.**

Die Mißerfolge von *Dostrowsky* erklären sich in der Hauptsache dadurch, daß er Tabletten verwendet hat, die schwer löslich waren, was er selbst zugibt. Die jetzt unter dem Namen Thallium-Depilatorium (Kahlbaum) gelieferten Tabletten sind gut in kaltem Zuckerwasser löslich und gestatten daher eine exakte Dosierung. Die Dosierung von 8 mg pro Kilogramm Körpergewicht hat sich nach den Ergebnissen auch anderer Untersucher in den meisten Fällen als völlig ausreichend für eine totale Epilation erwiesen.

Um eine Heilung der Pilzaffektion zu erzielen, muß dieselbe natürlich auch schon intensiv behandelt werden, solange die Epilation noch nicht erfolgt ist. Dann ist die Zeit zwischen der totalen Epilation und dem Beginn des Wiederwachsens der Haare ausreichend, um die Pilze abzutöten und Rezidive zu verhüten. Bei schwächlichen Kindern wird sich immer eine ganz besonders vorsichtige Dosierung empfehlen, um Vergiftungserscheinungen zu vermeiden. *Krüger* (Sagan).

A. Dombrowski (Rostow): **Lichen ruber planus im Anschluß an Thalliumbehandlung.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 16. 1927.

Bei einem 9jährigen Knaben, der wegen einer Haarpilzerkrankung intern 0,19 g Thallium aceticum bekam, trat bald darauf ein typischer Lichen ruber planus am ganzen Körper auf. Da in der Ätiologie des Lichen ruber planus das sympathische Nervensystem eine Rolle spielt und bei der Verabfolgung des Thalliums die Wirkung der Epilation ebenfalls über das vegetative Nervensystem zustande kommt, so ist wohl nur ursächlicher Zusammenhang für das Auftreten des Lichen ruber planus bei dem Knaben anzunehmen. *Krüger* (Sagan).

A. Kann (Charlottenburg): **Über psychische Beeinflussung der Haare.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 15. 1927.

Als Ätiologie der Canities wird von psychoanalytischer Seite die unbewußte Introjektion angenommen. Meist handelt es sich um die Tendenz dem geliebten Vater oder Mutter sich völlig anzuähneln. Die darüber ver-

Digitized by Google

öffentlichten Krankengeschichten sind aber nicht recht beweisend für die Ursache, vielmehr genügt in solchen Fällen die Annahme eines seelischen Choks infolge des Todesfalles. Verf. veröffentlicht dann einige Fälle von Alopecia areata, die auf sexuelle Traumen zurückzuführen waren und nach Beseitigung derselben glatt in Heilung übergingen. Teilweise rezidivierten sie wieder bei erneutem Eintritt dieser Traumen. *Krüger* (Sagan).

Landesmann und *Mgebroff:* **Zur Anwendung des Thallium aceticum als Epilationsmittel bei Bekämpfung der Haarpilzerkrankungen.** Russki Westnik Dermat. 1927 Bd. 5 Nr. 4.

Landesmann und *Mgebroff* berichten über ihre Erfahrungen mit Thallium ac. bei 53 Fällen, welche weniger befriedigend sind als die *Kleinmann*schen. Sie erzielten nur in 26 Fällen eine gute Epilation; in den übrigen eine ungenügende, sahen oft Rezidive und Intoxikationserscheinungen, die freilich wieder bald schwanden. Aus diesem Grunde bemerkt der Herausgeber der genannten Zeitschrift *W. Iwanow* in seiner Schlußrandbemerkung, so sehr er Prof. *Buschke* Erfolg wünscht bei der Behandlung der vielen pilzkranken Kinder, glaubt er doch, noch vor einer zu großen Hinweisung zu dieser Behandlung warnen zu müssen. *A. Jordan.*

Buschke: **Erwiderung auf die Bemerkungen von Prof. *W. Iwanow* zu der Arbeit von *Kleinmann:* Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Thalliumresultates bei Pilzkrankheiten.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 4.

Auf die in der Moskauer Dermatologischen Zeitschrift erschienene Arbeit von *Kleinmann*, welche sich sehr begeistert über die Thalliumbehandlung bei kindlichen Haarpilzerkrankungen aussprach, mit einer Randbemerkung von *W. Iwanow*, der zur Vorsicht riet, ist von Prof. *Buschke* eine Erwiderung erschienen, welche *Iwanows* Bedenken zu zerstreuen sucht und die Gefahr von Spätschädigungen ausschließt.

A. Jordan.

Golosowker: **Über die Behandlung der Kopfpilzerkrankungen mit Thallium aceticum.** Westnik Sowremennoi Medicini. 1927 Nr. 7. (Russisch.)

Der Effekt der Behandlung von Favus- und Trichophytiekranken mit Merkschem Thallium aceticum war, ungeachtet langandauernder Gelenkschmerzhaftigkeit, ein guter. Die Pilzerkrankungen schwanden trotz jahrelangem Bestehen vollkommen. Die Gelenkschmerzen, zumal sie nur zeitweilig und bei einer Dosis von 6 mg pro Kilogramm Gewicht nur unbedeutend sind, können nicht als Kontraindikation gelten.

A. Jordan.

Kleinmann: **Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Thalliumazetats bei Pilzkrankheiten.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 2.

Da Verf. unter 103 Fällen von Pilzerkrankung bei Kindern stets einen guten Haarausfall mit späterer Regeneration derselben erzielte und vorübergehende, unangenehme Nebenerscheinungen nur bei 5 Kindern, im Alter von über 10 Jahren, sah, erblickt er im Thallium ein vorzügliches Epilationsmittel, welches im frühen Kindesalter entschiedene Anwendung verdient. In einer Fußnote spricht sich der verantwortliche Redakteur der Zeitschrift *W. Iwanow* gegen eine Anwendung des Thallium in größeren Maßstabe aus, da die Beobachtungszeit der so behandelten Kinder noch eine viel zu kurze ist. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Bronstein: **Einjährige Erfahrungen mit Thallium aceticum, insbesondere bei der Verwendung zur Epilation bei Pilzerkrankungen nach** *Buschke-Langer.* M. K. 1927. 48.

Vergleiche von 94 Thalliumepilationen mit 94 Röntgenepilationen ergibt Überlegenheit des Thalliums über Röntgen, 84 : 47. quoad genügende Epilation. Behandlungsdauer bei Th. 2 Monate, bei Röntgen an 4. Rückfälle nach Th. 5, nach Röntgen 20. Dauernde Alopezie, früh grau gewordene Haare, Dermatitiden und Kopfschmerz nie nach Th., nach Röntgen jedesmal in 4 Fällen, Kopfschmerz nach 6 Röntgenfällen. Nach Th. nie Albuminurie, selten Magen- und Gelenkschmerzen, nur zweimal Erbrechen. Benutzt wurden die neuerdings herausgekommenen Thalliumdepilatoriumtabletten von *Kahlbaum* in Dosen von 0,1, 0,01—0,001. Schwere Intoxikationen nur im Alter über 14 Jahren. Demnach Grenzalter für Th. 14 Jahre. Maximaldose 0,27 g bei 0,008 g pro Kilogramm Körpergewicht. Thalliumepilation ist dem Röntgen sehr überlegen und vor allem sehr viel billiger. Besonders günstig Th., da auch bei sehr kleinen Kindern anwendbar, wo Röntgen große technische Schwierigkeiten bieten würde. Sonst noch allerlei Physiologisches der Thalliumwirkung, das allmählich bekannt sein dürfte. *Siegfried* (Aachen).

Siebert: **Über die Verödungstherapie der Krampfadern durch hochprozentische Kochsalzlösungen.** (Varicophtin.) M. K. 1927. 36.

Weil man nicht unbegrenzt Sublimatinjektionen machen kann, bediente sich Verf. nach dem Vorbilde von *Karl Linser* (nicht *Paul L.*) im Varicophtin einer hochprozentigen Kochsalzlösung mit einem ihm unbekannten schmerzlindernden Zusatz. Technik: Distal und zentral Stauung, nach Jodanstrich in gestaute Vene Nadel einführen und leicht Blut ansaugen, dann zentripetale Ligatur lösen, Blut zentralwärts streichen und V. injizieren. 3—5 Minuten zentripetal komprimiren, dann auch periphere Stauung lösen. Verhärtung der in Angriff genommenen Vene nach 24 bis 48 Stunden und ihr Empfindlichwerden ungefährlich, braucht aber nicht einzutreten. Möglichst Kniegegend zur Einspritzung bevorzugen, aber auch Oberschenkel ungefährlich. Bislang unter vielen tausenden Erfolgen nur ein Todesfall berichtet infolge Vereiterung eines künstlichen Thrombus, wohl infolge Infektion eines in Nachbarschaft zugleich vorhandenen Furunkels. Also bei eitrigen Dermatosen in Nähe des Operationsgebietes allenfalls warten. *Siegfried* (Aachen).

M. Hirsch (Wien): **Ist die künstliche Thrombosierung varikös entarteter Beinvenen ohne vorherige hohe Ligatur der Vena saphena zulässig?** Wien. klin. Woch. Nr. 45. 1926.

Es wird ein Fall beschrieben, bei dem im Anschluß an eine Mastdarmfisteloperation es infolge Embolie zum Exitus der Pat. gekommen ist. Da sich in den Venen des Operationsgebietes keine Thromben fanden und bei der Pat. vorher eine thrombosierende Varizenbehandlung vorgenommen worden war, sieht Verf. in diesen thrombosierten Varizen die Ursprungsstätte für den tödlichen Embolus. Er betont weiter, daß es vor Vornahme von Injektionen in die Varizen notwendig sei, eine hohe Ligatur der Vena saphena vorzunehmen. Hiermit sei keine Thrombosengefahr verbunden, weil nach anatomischen Untersuchungen sich das Blut in dem ligierten Gefäße lange Zeit flüssig halte.

Digitized by Google

G. Nobl: **Entgegnung zur obigen Darstellung.**

Es wird die gesamte anatomische Diagnose des Sektionsprotokolles von obigem Fall abgedruckt. Aus diesem gewinnt man den Eindruck, daß wohl kaum die Thromben der Varizen die Ursache der tödlichen Embolie gewesen sein können. *Krüger* (Sagan).

W. Löwenfeld (Wien): **Zur Behandlung variköser Unterschenkelgeschwüre.** Wien. klin. Woch. Nr. 44. 1926.

Es wurde die von *Braun* angegebene Methode, Epithelstecklinge durch einen Stichkanal vollständig unter die Oberfläche der Granulationen eines Ulcus varicosum an zahlreichen Stellen zu verpflanzen, nachgeprüft. Dabei zeigt sich, daß sie auch in den meisten Fällen versagt, weil es infolge des Bakterienreichtums und der starken Exsudation zum Absterben der Stecklinge kommt, ehe dieselben angewachsen sind. Ebenso wurde auch kein Einfluß auf den Heilungsverlauf gesehen von Ponndorf-Impfungen. *Clasen*, der Urheber dieser Therapie, steht auf dem Standpunkt, daß die Mehrzahl der Ulcera cruris durch tuberkulöse Veränderungen an den Gefäßen bedingt seien. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle trifft dies aber nicht zu. Die Verödung der Varizen mit nachfolgender Kompressionsbehandlung wird noch als die beste Therapie angesehen.

Krüger (Sagan).

G. Nobl (Wien): **Die Kalorose als Verödungsmittel varikös entarteter Venen.** Wien. klin. Woch. Nr. 42. 1926.

Die Therapie der konservativen Behandlung der Varizen mittels Injektionen zur Bildung von Gerinnungsthromben mit nachfolgender Verödung der Gefäße hat sich immer mehr Anhänger erworben. Selbst Chirurgen bekennen sich infolge der öfter nach Operationen auftretenden Rezidiven mehr zu dieser Methode. Von Wichtigkeit für die Erfolge ist die richtige Wahl des Mittels für die Injektion. Verf. empfiehlt dank der günstigen Erfolge, die er bei 200 Pat. erzielen konnte, Kalorose der chemischen Fabrik Güstrow zu verwenden. Es handelt sich um einen Invertzucker. Die örtliche Reaktion nach der Injektion ist relativ gering, trotzdem ist die Thrombenbildung sehr intensiv und festhaftend. Über die Technik der Injektion wird auf frühere Arbeiten verwiesen. *Krüger* (Sagan).

H. H. Young, J. H. Hill und *W. L. Denny:* **The use of Mercurochrome-220 soluble in the treatment of infections diseases of the skin.** (Das lösliche Mercurochrom-220 in der Behandlung der infektiösen Hautkrankheiten.) Arch. of Derm. and Syph. Bd. 13. Nr 4 S. 465.

Das Mercurochrom-220 wurde von *Young, White* und *Schwartz* im Jahre 1919 herausgebracht. Damals konnte festgestellt werden, daß es noch in Dosen von 10 mg pro Kilogramm Körpergewicht als 1 %ige Lösung intravenös gegeben bis auf eine geringe vorübergehende Albuminurie schadlos vertragen wurde. Praktisch gibt man 5 mg pro Kilogramm Körpergewicht, eine Menge, die keinerlei Störung macht. Von den Verf. wurde das Mittel in 131 Fällen angewandt, die sich zusammensetzten aus 24 Fällen von Erysipel, 11 Furunkel und Karbunkel, 4 schankröse Ulzerationen, 36 Abzesse und Phlegmonen, 3 Fälle von verschiedenen gangränösen Infektionen der Haut, 3 Fälle von Pemphigus, 4 von Psoriasis, 1 Ekzem, 1 Lues und 44 Fälle von Lepra. Von den 24 Erysipelfällen wurden 20

Digitized by Google

geheilt oder wesentlich gebessert; von 11 Patienten mit Furunkeln oder Karbunkeln wurden 10 geheilt. Die 4 schankrösen Ulzerationen heilten sofort ab. Bei den Patienten mit Abszessen und Phlegmonen handelte es sich z. T. um septische Allgemeininfektionen, in einem Falle sogar um eine Streptococcus viridans-Sepsis. Von diesen 36 Patienten wurden 30, darunter auch die Viridans-Sepsis, geheilt, während 6 unbeeinflußt blieben. Bei Lepra wurden von den 44 behandelten Patienten 28 gut beeinflußt.
G. H. Klövekorn (Bonn).

Rossnowsky: **Zur Behandlung der Pustula maligna.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 11112.

In vielen Fällen von Milzbrand, welcher 11mal die Hand und den Vorderarm, je 4mal den Fuß und die Unterschenkel wie das Gesicht, je 1mal Hals und Rücken betraf, erzielte Verf. Heilung durch Anwendung von Chlummskys Phenolkampfer (Ac. carbol pur. 30,0, Camph. trit.60,0, Alcohol absol. 10,0) mittels Wattebauschverband für 24 Stunden. Hierauf wurden heiße Umschläge von Lysollösung (8—10 Tropfen auf 1 Glas Wasser) so lange aufgelegt, bis nach 2—3 Tagen der nekrotische Belag sich abstößt und nun die Behandlung der granulierenden Oberfläche auf gewöhnliche Weise fortgesetzt werden kann. *A. Jordan.*

S. Kedrow: **Zur Behandlung der sog. Spontangangrän der Haut.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 16.

Verf. hat in einigen Fällen von Spontangangrän des Penis und des Skrotums allein durch Aufstreuen von pulverisiertem Kampfer und unter gleichzeitigen NS-injektionen den Krankheitsprozeß zum Stillstand gebracht. Ähnliche Wirkung erzielte er auch bei gummösen, nicht heilenden Geschwüren durch Kampferaufstreuung, so daß er zur Nachprüfung auffordert. *A. Jordan.*

W. Kusnetzow: **Die Behandlung der Skabies.** Westnik Sowremennis Medicini. 1927. Nr. 18. (Russisch.)

Empfehlung von Sol. Vlemingx, welche 3—5 Tage hintereinander, vom Kopf bis zu den Fersen, eingerieben werden muß; 2 Tage später kommt das Bad. *A. Jordan.*

Senin: **Zur Frage der Behandlung des Ekzems mit intravenösen Brominjektionen.** Kasanski Medicinski Journal. 1927. Nr. 5.

Von 40 Kranken, welche teils an Ekzem (akutem, wie chron.), Psoriasis vulg., Hautjucken und Nesselfieber litten, erlangten nur diejenigen mit akuten Ekzem und Hautjucken durch intravenöse Brominjektionen Genesung, aber auch ohne daß Rezidive verhütet werden konnten. Nebenerscheinungen irgend welcher Art wurden nie beobachtet. *A. Jordan.*

Udo J. Wile: **Bromide Intoxication** (Bromvergiftung). Journal of the American Medical Association. Bd. 89. Nr. 5. S. 340.

Die in früheren Mitteilungen besprochene Tatsache, daß die intravenöse Anwendung physiologischer Kochsalzlösung in der Behandlung der Bromvergiftung gute Erfolge zeitigt, wird in dieser Arbeit bestätigt. Durch diese Behandlung werden die mentalen und Hauterscheinungen schnell und günstig beeinflußt. Die Behandlung beginnt mit einer Applikation von 100—150 ccm. Bei guter Verträglichkeit kann man bis auf 300 bis

Digitized by Google

400 ccm zweimal wöchentlich steigen. Nach Einführung der Kochsalzlösung kommt es zu einer sehr schnellen Ausscheidung des Broms, die mit einer Nierenreizung einhergeht. Eine geeignete Methode zur Bestimmung von Brom in Körperflüssigkeiten wurde in einer früheren Arbeit geschildert.
Memmesheimer (Bonn).

Belachow: **Schilddrüsentransplantierung in einem Fall von Psoriasis arthropathica.** Sitzungsber. der Russischen Endokrinolog. Ges. Moskau. 1927. S. 32.

Am 2. Dezember 1926 wurde vom Verf. in der Moskauer Endokrinolog. Ges. ein unter Gebrauch von Thyreokrin (russ. Schilddrüsenpräp.) und Transplantierung von Schilddrüse bedeutend gebesserter Fall von 18 Jahre anhaltender schwerer Dermatitis exfoliativa infolge von Psor. arthropathica und kombiniert mit Alopecia capitis vorgestellt. Gelegentliche Besserungen der Psoriasis durch Schilddrüsenpräparate sind nichts Neues; in dem besprochenen Fall trat eine solche verbunden mit Auftreten der lange ausgebliebenen Menses ein, hörte aber mit Aufhören des Thyreokringebrauchs wieder auf. Als aber die Schilddrüsentransplantierung vorgenommen worden war, hielt die Besserung der Psoriasis arthropathica eine längere Zeit an. Für wie lange wird die weitere Beobachtung des Falles zeigen.
A. Jordan.

K. Herxheimer: **Über ein neues Mittel zur Psoriasisbehandlung.** Münch. med. Woch. Nr. 16. 1927.

Verf. berichtet über seine Erfahrungen an 60 Fällen von Psoriasis, die mit einem neuen Mittel Psorigallol, einer Kombination von Pyrogallol mit Lithranthrol, behandelt wurden. Das Mittel, das als 10, 20, 30 % und stärkerer Spiritus, sowie als Salbe, das sog. Psorigallolum spissum, in den Handel kommt, hat sich bei der Behandlung besonders inveterierter Psoriasisplaques und vor allem der Nagelpsoriasis gut bewährt. Nebenerscheinungen außer 3 Fällen von leichter Dermatitis sind nicht beobachtet worden. Außer der Psoriasis wurden auch noch Fälle von Neurodermatitiden, sowie Mykosen mit dem neuen Präparat behandelt; der Juckreiz wurde bei allen Fällen günstig beeinflußt, dagegen ging die Abheilung der Mykosen nicht rasch vonstatten.
J. Weinstock (Charlottenburg).

Lene Grumach: **Über Suggestivbehandlung von Warzen.** Münch. med. Woch. Nr. 26. 1927.

Verfasserin ist es gelungen, bei 18 Personen männlichen und weiblichen Geschlechtes ohne besondere Kennzeichen psychischer Übererregbarkeit Warzen durch suggestive Maßnahmen — wiederholte Einspritzung von Kochsalzlösung in den Oberarm mit der Angabe, es handele sich um ein vorzügliches Warzenmittel — gut zu beeinflussen und in etwa 1—3 Monaten narbenlos zum Schwinden zu bringen. Versager nur in 2 Fällen.
J. Weinstock (Charlottenburg).

Pust: **Dauerheilung des Hühnerauges durch Injektion.** Münch. med. Woch. Nr. 18. 1927.

Nach Ansicht des Autors ist der Clavus kein örtliches, durch Druck bedingtes Leiden, sondern entsteht durch einen trophischen Nervenreiz. Deshalb ist er auch nur durch Infiltration mit einem Daueranästhetikum (Alkohol u. ä.) zu beseitigen. Zu diesem Zwecke wird das Gebiet des Clavus

Digitized by Google

von einem zentralen Punkt aus mit einem der üblichen Anästhetika infiltriert und dann von einem weiter peripher gelegenen Punkt der oder die zuführenden Nerven mit Alkohol injiziert. Der Schmerz ist sofort verschwunden. Für den Praktiker sind beide Lösungen zu einem kleinen Bestecke unter dem Namen „Clavisan" zusammengestellt.

J. Weinstock (Charlottenburg).

W. Steinmann: **Zur Behandlung von Frostbeulen.** Münch. med. Woch. Nr. 8. 1927.

Verfasser verweist auf die Mitteilung von *Jost* über die gute therapeutische Wirkung der Höhensonne bei Frostbeulen. Die Bestrahlung kommt aber seiner Ansicht nach nur für die Fälle in Betracht, bei denen wegen des Allgemeinzustandes einer Bestrahlung des Körpers indiziert sei. In allen anderen Fällen sei das billigere Chloräthyl vorzuziehen.

J. Weinstock (Charlottenburg).

Wilhelm Steinmann: **Über Frostbeulen.** Münch. med. Woch. Nr. 50. 1926.

Dem Verfasser haben sich bei der Behandlung der Frostbeulen eine kurze Vereisung bis zur ersten leichten Schneebildung mit dem Chloräthylspray sehr gut bewährt. Es genügt meistens eine zweimalige Vereisung, nur selten ist eine 3—4malige Anwendung nötig.

J. Weinstock (Charlottenburg).

A. Peresz (Budapest): **Die Heilung des Rhinophyma.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 23. 1927.

Bei einem 58jährigem Pat. bestand ein ausgedehntes und großes Rhinophyma. In vier Sitzungen wurden mit dem elektrokaustischen Messer die Neubildungen abgetragen und, wie aus einer beigegebenen Photographie zu ersehen ist, mit gutem, kosmetischem Erfolge. Diese Methode hat vor der Dekortikation den Vorteil, daß sie erstens unblutiger ist und auch wegen der sich bildenden Brandkruste kein Verband notwendig ist. Außerdem kann man die Operation in mehreren Sitzungen hintereinander durchführen, was das kosmetische Endergebnis günstig beeinflußt. *Krüger* (Sagan).

E. Fischer (Innsbruck): **Zur Insulintherapie der Ulcera cruris.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 15. 1927.

Es wurden besonders torpide Ulcera zu dieser Behandlung ausgesucht. Die Behandlung bestand in Aufträufeln von 30 Tropfen Insulin und Bedecken desselben mit einem Salbenfleck mit Vas. alb. am. Nach kurzer Einwirkung kam es zu Veränderungen der bestehenden Granulationen. Dieselben wurden von dunkeldüsterroter Farbe, zum Teil auch mißfarben belegt und ihre oberflächliche Schicht deutlich nekrotisch und verschorft. Am Rande des ulcus konnte kein rascheres Vorschieben des Epithels beobachtet werden. In den behandelten Fällen war keine therapeutische Wirkung des Insulins auf das ulcus festzustellen. *Krüger* (Sagan).

P. Hansen (Tartu-Dorpat): **Über die Ätiologie und Behandlung des Ekzems.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 18. 1927.

Untersuchungen an einer Reihe von Ekzematikern ergab, daß bei ihnen die Azidität des Blutes erhöht war. Festgestellt wurde diese Tatsache durch Untersuchung der Wasserstoffionenkonzentration im Urin. Während sie normalerweise zwischen 6,4—6,8 schwankt, war sie in den

Digitized by Google

untersuchten Fällen bei Ekzematikern meist herabgesetzt. Gleichzeitig wurden als Therapie Eigenblutinjektionen angewandt. Dabei kam es zu einer Erhöhung der Wasserstoffionenkonzentration im Urin. Gleichzeitig mit dieser Erhöhung ging die Rückbildung der klinischen Erscheinungen einher. Am besten wurden chronische seborrhoische Ekzeme, Urticaria und Pruritus beeinflußt. *Krüger* (Sagan).

Klebe: **Über die Heilung eines hartnäckigen Arzneiexanthems durch Levurinose.** M. K. 1927. 9.

Kasuistik. Puerpera von 28 Jahren, die nach Arcanol, Veramon, Pyramidon, Chinin und ähnlichen Antineuralgicis immer mit kleinquaddelförmigem, heftig juckendem Exanthem reagierte, ebenso wie ihr Säugling. Nach 5 Monate langem vergeblichen therapeutischen Herumprobieren wirkte Levurinose (Blaes) promt heilend. Die Hefen müssen aber doch verschieden sein, denn die hefehaltigen Fermocyltabletten z. B. versagten in diesem Falle. Von Wert wäre es festzustellen, welche Hefen in den einzelnen Hautfällen besonders wirkungsvoll sind. *Siegfried* (Aachen).

Drechhoff (Allenstein): **Zur Behandlung pathologischen Haarausfalles mit Solarson.** Ther. d. Geg. 1927. 3.

1 Fall; tuberkulöse Pat. mit Haarausfall nach einer Uterusexstirpation wegen Myoma uteri. Heilung durch Solarsonkur.

Arthur Alexander (Berlin).

Saalfeld: **Zur Behandlung des Haarausfalles.** M. K. 1927. 24.

Bei herabgesetzter bzw. übermäßiger Fettabsonderung der Kopfhaut fehlendes Fett ersetzen bzw. entfetten. Bei straff anliegender Kopfhaut mit schlecht ernährter Papille Massage oder Ultraviolettlicht oder Hochfrequenz oder sonstige physikalische oder chemische Hautreizmittel. Ernährungsphysiologisch von großem Wert das wasserlösliche Keratinpräparat von *Zuntz*: Humagsolan, das nicht nur günstig auf Haarwachstum einwirkt, sondern, und das wird meistens übersehen, ein sehr wirksames Roborans ist, das auch appetitanregend sich äußert, somit große Dienste leistet besonders auch nach Haarausfall bei Chlorose. Auch bei Alopezia areata soll man neben lokaler Behandlung Humagsolan verabfolgen, was zu schnelleren Erfolgen führt. Verf. ist von der spezifischen Wirkung des Humagsolans so überzeugt, daß er warnt, es Frauen mit störenden Gesichtshaaren zu geben. Eine Gravide mit seborrhoischem Haarausfall wurde auch in diesem Zustand durch fortgesetztes Einnehmen von Humagsolan vom Haarausfall befreit, ihr Kind zeigte sogar auffallenden Haar- und Nägelwuchs. Weiter regt Verf. an durch Iontophorese hyperämisierende Substanzen wie Tinct. Cantharidum oder Capsici in stark verdünntem Spiritus der Kopfhaut zuzuführen und ihren Papillen. Bei familiär erblichem frühzeitigen Haarausfall empfiehlt sich prophylaktisch schon früh Humagsolan zu geben. *Siegfried* (Aachen).

Posen: **Zur Behandlung des Lichen ruber planus mit Lumbalpunktion.** Russki Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 5.

In zwei unter drei wegen unerträglichen Juckreizes lumbalpunktierten Fällen von Lichen ruber planus schwand das Juckgefühl dauernd, im dritten nur zeitweilig. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Dermatologie.

Allgemeine Pathologie, pathologische Anatomie. Bakteriologie.

Sparacio, B.: **Die Schilddrüse in der Dermatologie.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 278.

Sparacio hat bei 59 dermatologischen Fällen (Alopecia areata, Vitiligo, Psoriasis, Ichthyosis, Ekzem usw.) auf Veränderungen der Schilddrüse geachtet und bei 36 Fällen eine Veränderung der Schilddrüsenfunktion festgestellt. Die gleichzeitige Prüfung des vegetativen Nervensystems ergab, daß sich bei einer Anzahl von Fällen endokrine und sympathetische Störungen trennen ließen, während bei anderen eine Trennung dieser Funktionen in ihrer Wirkung auf die Haut nicht nachweisbar war.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Artom, M.: **Die Schilddrüse in der Dermatologie.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 158.

Im ersten Teile seines Vortrages über den Einfluß des Schilddrüsenhormons auf die Haut erläutert *Artom* die Einzelfunktionen dieses Hormons: 1. die morphogenetische, 2. die trophische, 3. die metabolische, 4. die sympathiko-tonische Wirkung, 5. die Beziehung zu den anderen endokrinen Drüsen; weitere Betrachtung erfahren die entgiftenden, wärmeregulierenden und andere weniger gesicherte Einwirkungen des Schilddrüsensekretes auf den Organismus und insbesondere auf die Haut.

Ein zweiter Abschnitt behandelt die Untersuchungsmethoden der Schilddrüsenfunktion; die verschiedenen Methoden werden auf Grund der Mitteilungen aus der Literatur und auf Grund eigener Versuche einer eingehenden kritischen Betrachtung unterzogen; anschließend eine Betrachtung der Kriterien ex juvante, deren Fehlerquellen berücksichtigt werden.

Der dritte Teil behandelt den Einfluß des Schilddrüsenhormons auf die Hautkonstitution. *Artom* behandelt die Morphologie der Haut bei den evidenten Störungen der Schilddrüsenfunktion (Myxoedem, Morbus *Basedow*), und bei den weniger klaren Schilddrüsenerkrankungen; der Wert und die Häufigkeit der Trichogenese (Zeichen von *Levi* und *Rotschild*), die Pigmentveränderungen (Zeichen von *Jellineck*) und die bei Störungen der Schilddrüsenfunktion vorkommenden verschiedenen Typen und Grade der vasomotorischen Veränderungen (Livedo) finden eine kritische Besprechung.

Das vierte Kapitel hat die Beziehungen der Schilddrüse zu den Hautkrankheiten zum Gegenstand; eingehende Behandlung der Literatur; anschließend eigene Untersuchungen, die in zahlreichen Tabellen wiedergegeben sind, über die Funktionen der Schilddrüse bei Area Celsi, Psoriasis, Vitiligo, Ekzem, Ichthyosis, Sklerodermie.

Das fünfte Kapitel bringt die Ergebnisse einer Reihe von persönlichen Tierversuchen: Einfluß der Schilddrüsenhypofunktion nach partieller Thyreoektomie und einer Schilddrüsenhyperfunktion durch Injektion von Schilddrüsenextrakt in die Haut.

Artom weist zum Schlusse auf die zweifellos intimen Beziehungen zwischen dem endokrinen System im allgemeinen und der Schilddrüse im besonderen auf die Physiologie und Pathologie der Haut hin. Für die Haut-

Digitized by Google

konstitution sind diese Beziehungen in die Augen springend; sie sind weniger scharf erkennbar für die Hautpathologie; die zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden machen es vorderhand noch äußerst schwierig, diese Beziehungen klar und deutlich zu präzisieren.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

G. Mariani: **Die Haut und die Nebenschilddrüsen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 288.

Mariani betrachtet die Beziehungen der Nebenschilddrüsenfunktionen zur Physiologie und Pathologie der Haut und betont die Schwierigkeiten, die Einflüsse der Nebenschilddrüsen von denen der anderen endokrinen Drüsen zu trennen; vielfach ist eher eine pluriglanduläre Wirkung anzunehmen. Zwei Funktionen der Nebenschilddrüsen sind ins Auge zu fassen: der Einfluß auf den Kalk- (vielleicht auch Magnesium- und Kalium-) Stoffwechsel und der Einfluß auf den Eiweiß- und Kohlehydratstoffwechsel. Auf Grund dieser Stoffwechselbeeinflussungen kann es zu einem veränderten Trophismus der Gewebe selbst (vor allem der Haut und ihrer Adnexe, der Nägel und Knochen), zu einer starken Reizbarkeit des zentralen Nervensystems, des Sympathikus, des Muskelsystems, zu einer Azidose vom kachektischen Typus kommen. Bis zu einem gewissen Punkte entspricht das Nebenschilddrüsenproblem der Bedeutung des Kalkstoffwechsels bei den Dermatosen, welche in der neueren Literatur so große Bewertung gefunden hat.

An der Haut lassen Veränderungen an den Haaren, den Nägeln, den Drüsenfunktionen, der Elastizität wenigstens zum Teil an Einflüsse von Seiten der Funktion der Nebenschilddrüsen denken. Die Einführung von Parathyreoidextrakt führt zu einer Steigerung des Kalkgehaltes des Blutes und hat bei verschiedenen Dermatosen sich als nützlich erwiesen. Von den Dermatosen, die offenbar in Beziehung zur Nebenschilddrüse stehen, ist besonders zu erwähnen die Epidermolysis bullosa dystrophica; bei einem derartigen Falle konnte *Mariani* den parathyreoiden Ursprung des allgemeinen und kutanen Prozesses erweisen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

G. Bertaccini: **Die Schilddrüse in der Dermatologie.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 233.

Auf Grund seines eingehenden Referates kommt *Bertaccini* zu folgenden Schlüssen:

Die Schilddrüse hat einen Einfluß auf den Trophismus der Haut, der sich aus den übereinstimmenden Ergebnissen der Physiologie, der experimentellen Pathologie und der klinischen Beobachtung erkennen läßt. Der veränderten Schilddrüsenfunktion entsprechen Hautveränderungen, von denen die charakteristischste und konstanteste die myxödematöse Infiltration ist.

Der ätiologische Einfluß der funktionellen Veränderungen der Schilddrüse bei vielen Hautveränderungen, insbesondere solchen vom dystrophischen Typus, ist für viele Fälle sicher oder wahrscheinlich; er ist nicht nachweisbar bei anderen Fällen derselben Kategorie, er ist absolut wenig wahrscheinlich bei anderen Fällen, bei denen eine andere Ursache sicher oder wahrscheinlich ist; der pathogenetische Mechanismus ist zur Zeit noch dunkel.

Digitized by Google

Beim gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse gestatten uns die Schilddrüsenfunktionsprüfungen noch nicht bei Fehlen klinischer Anzeichen mit Sicherheit die Diagnose einer Endokrinopathie zu stellen; diese Tatsache erschwert uns, die ätiologische Beziehung verschiedener Dermatosen zur Schilddrüse festzustellen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

Leichtentritt und *Opitz:* **Untersuchungen über die trypanoziden Serumsubstanzen bei Hämophilie.** M. K. 1927, 2.

Bluter wie ihre Nicht-Bluter-Angehörigen wiesen außer Mangel an trypanoziden Substanzen noch eine deutliche Erhöhung der Resistenz roter Blutkörperchen gegenüber hypotonischen Kochsalzlösungen auf und zeigten überdies eine, mitunter recht bedeutende Vermehrung der Blutchloride. Untersucht wurden 30 Familienmitglieder von 6 verschiedenen Blutstammbäumen. 7 manifeste Bluter zeigten keine tryp. Substanzen, wohl aber ein weiterer achter. Von 19 nicht blutenden männlichen und weiblichen Angehörigen ermangelten 18 des Serumschutzes. Daneben sind aber auch einige abweichende Fälle eigner Beobachtung und anderer Autoren angeführt. Warum diese gelegentlichen Abweichungen und aus welchen Gründen, harrt noch der Lösung. *Siegfried* (Aachen).

O'Donovan: **The psychological Factor in dermatitis. (Der psychologische Faktor bei Hautkrankheiten).** The B. j. o. D. a. S. 1927, 2.

Hautkrankheiten nehmen im allgemeinen gegenüber all den anderen keine Ausnahmestellung ein, nur unterscheiden sie sich von anderen dadurch, daß man noch bei ihnen mit äußerlichen Irritantien rechnen muß, wie Kratzen und Reiben selbst im Schlaf, zumal bei Kranken mit neuropathischer Anlage, welch letztere bei genauerer Beobachtung auch oft zu erkennen ist. Viele dieser Kranken fühlen so etwas wie Genugtuung über ihr Kranksein oder suchen nach einem Ventil für ihre unterdrückten nervösen Gefühle. Verf. führt dazu verschiedene kurze Fälle an, die Neurodermie, Ekzem, seborrhoische Attacken, Unterschenkelgeschwür betreffen. Unnötig hinzuzufügen, daß auch einige Fälle von Rentenerkrankung dabei sind. *Siegfried* (Aachen).

Buchbesprechungen.

R. Sabouraud: *Pyodermites et Eczémas.* Paris 1928. Masson et Comp. 60 Fr.

Das vorliegende Buch, welches 284 Textseiten und 149 Originalfiguren umfaßt, ist der vierte Teil des großen Lebenswerkes *Sabourauds* über die Krankheiten des behaarten Kopfes (Maladies du cuir chevelu), dessen erster Teil die seborrhoischen, dessen zweiter die desquamativen und dessen dritter die Pilzkrankheiten betraf. Bei der großen Erfahrung, die *Sabouraud* auf diesem Gebiete besitzt, und bei der außerordentlich reichen Illustration, die er auf Grund so langjähriger gründlicher Studien und eigener Präparate geben konnte, hat dieses Buch einen ganz besonderen Wert, der noch dadurch erhöht wird, daß die Literatur auf 31 Textseiten sehr ausführlich wiedergegeben wird. Das Buch zerfällt in vier Abschnitte; der erste ist den *Staphylodermien* in ihren mannigfachen Formen, den akuteren und chronischen gewidmet; der

Digitized by Google

zweite handelt in gleicher Weise von den *Streptodermien*, deren ganze Buntheit auch wieder mit Berücksichtigung anderer Körperstellen in ihrer klinischen und histologischen Eigenart dargestellt wird. Der dritte Teil ist besonders interessant, weil er die Stellung des Autors zur Frage der Natur des Ekzems, der Ekzematisation und der Ekzematide enthält und im Anschluß daran die ekzematiformen *Staphylo-* und *Streptokokkenerkrankungen* mit Berücksichtigung der für solche Untersuchungen notwendigen Methodik schildert. Der vierte Teil ist der *Therapie* gewidmet und bringt getrennt die Methoden, die sich *Sabouraud* einmal für die Staphylokokken-, sodann für die Streptokokkenerkrankungen am besten bewährt haben. Die ganze Anordnung und Darstellung ist außerordentlich übersichtlich und klar; die Lücken in unserem Wissen werden überall hervorgehoben, wodurch jüngeren Forschern reiche Anregung gegeben wird. Die Fülle der auf Grund eigner Studien gebrachten Abbildungen, die sehr klar und instruktiv sind, erscheint erstaunlich, ebenso die reiche Erfahrung, die aus dem knapp gehaltenen Text allenthalben dem Leser entgegentritt. Das Werk gehört zu denen, die jeder selbst in die Hand nehmen muß, um von dem Reichtum des Inhalts einen Begriff zu bekommen. Die Dermatologen aller Länder werden es dankbar begrüßen, daß es *Sabouraud* dank seiner unermüdlichen Arbeitskraft vergönnt war, auch dieses von ihm so glücklich und lange Zeit bearbeitete Gebiet zusammenfassend darzustellen und dadurch wiederum einen wichtigen Teil seines Lebenswerkes abzuschließen. Mag, wie er selbst sagt, vieles noch unvollkommen, strittig und ergänzungsbedürftig erscheinen, für den Fortschritt der Wissenschaft ist es eine Lebensfrage, daß gerade die besten Kenner und erfolgreichsten Bearbeiter ihre speziellen Forschungsgebiete, auf denen sie mehr als andere geleistet haben, monographisch darstellen, und wenn das in so klarer, präziser und durch eigne Befunde so reich illustrierter Weise geschieht wie hier, darf dem Autor der Dank der Fachgenossen gewiß sein. *E. H.*

Deutscher Bäderkalender. 8. Jahrgang 1928. Berlin SW. 11. Bäder- und Verkehrsverlag.

Die Neuausgabe des deutschen Bäderkalenders, dessen Schriftleiter Prof. *Weißbein* ist, bringt nach einer Einführung von Ministerialdirektor i. R. Prof. *Dietrich* eine alphabetische Zusammenstellung der deutschen Heil- und Seebäder und Kurorte mit kurzen Angaben über Heilanzeigen, Kurzeit und Kurmittel. Es folgen dann Beiträge von anerkannten Fachleuten, die z. B. die Kurorte nach ihren Heilanzeigen, Badekuren für Kassenkranke, Sportgelegenheiten usw. behandeln. Auch Verzeichnisse der Badeärzte, Heilanstalten und Hotels in Kurorten sind angefügt, ebenso eine mehrfarbige Bäderkarte. Der Kalender stellt somit ein für den Arzt sehr brauchbares Nachschlagewerk dar. *E. H.*

Personalien und Tagesnachrichten.

Privatdozent Dr. *Ph. Keller*, Oberarzt der Universitäts-Hautklinik in Freiburg, wurde zum a. o. Professor ernannt.

Dr. *Sigwald Bommer*, Schüler von Prof. *Jesionek*, hat sich in Gießen für Haut- und Geschlechtskrankheiten habilitiert.

Prof. Dr. *Dubreuilh* in Bordeaux erhielt bei seinem Ausscheiden aus seinem Lehramt nach 32jähriger Tätigkeit von seinen Schülern und Freunden eine mit seinem Bildnis gezierte Plakette.

Digitized by Google

Der bekannte Lepraforscher Dr. *H. P. Lie*, Schüler und Nachfolger von *Armauer Hansen* in Bergen erhielt zu seinem 65. Geburtstag seitens der medizinischen Gesellschaft seiner Heimatstadt eine Festschrift, zu der von deutschen Autoren Prof. Klingmüller einen Beitrag lieferte.

Dr. *Ambr. Bertarelli* in Mailand, der Nestor der italienischen Dermatologen, wurde zum korrespondierenden Mitgliede der British Association of Dermatology and Syphilology gewählt.

Dr. *Navarro-Martin*, Laboratoriumschef an der Klinik von Prof. *Covisa* in Madrid, und Dr. *Alvarez Cascos*, Assistent von Dr. *Sainz de Aja* in Madrid, erhielten einen 4wöchigen Urlaub, um im Laboratorium der Bonner Universitäts-Hautklinik arbeiten zu können.

Dozent Dr. *Waldemar Löwenthal*, ein Schüler *Schaudinns*, ist am 31. März 1928 in Bern gestorben. Er hat sich durch Studien über Spirochäten und Forschungen über das Herpesverus verdient gemacht und schon in der ersten Spirochätenära sich mit vermutlichen Entwicklungsstadien der Spir. pall. beschäftigt.

Dr. *Samuel Sherwell*, einer der letzten Pioniere der amerikanischen Dermatologie, der noch Schüler von *Hebra* war, verstarb in Brooklyn im 86. Lebensjahre.

Auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte wird die dermatologische Sektion vom 18.—21. September tagen. Von den angemeldeten Vorträgen seien hervorgehoben:

Fülleborn-Hamburg: a) Über Haut und Helminthen. b) Über die Wanderung der Larven von Askaris und anderen Nematoden. — *M. Mayer*-Hamburg: Tropische Hautkrankheiten. — *Mühlens*-Hamburg: Spirochätosen. — *E. Hoffmann*-Bonn: a) Wurmknoten durch Onchocerca volvulus. b) Prolegomena zu einem Referat über kongenitale Syphilis. — *E. Zurhelle*-Bonn: Berlocque-Krankheit. — *Memmesheimer*-Bonn: Fokale Infektion und ihre Bedeutung für Dermatosen. — *Kolle*-Frankfurt: Beziehungen von Syphilisimmunität und Frühbehandlung. — *Kerl*-Wien: Malariabehandlung der Frühlues. — *Stümpke*-Hannover: Haut- und Stoffwechselveränderungen. — *Benedek*-Leipzig: Über experimentelle Schizosaccharomykose. — *Levy*-Maastricht: *Bucky*-Grenzstrahlen in der Dermatologie. — *Müller*-Hamburg: Haut und autonomes Nervensystem. — *Keining*-Hamburg: Wirkungsmechanismus der Malariatherapie. — *Langer*-Berlin: Zur Diagnose der Harnröhren- und Blasenmißbildungen. — *Frei*-Breslau: Ulcus vulvae chronicum und „Syphilome ano-rectal" in ihren Beziehungen zur Lymphogranulomatosis inguinalis. — *Pulvermacher*-Berlin: Vom Konstitutionsbegriff in der Dermatologie. — *Habermann*-Hamburg: Lues verrucosa cutis. — *Arzt*-Wien: Liquorveränderungen bei tertiärer Schleimhautlues. — *Kadisch*-Charlottenburg: a) Zur aktiven serologischen Untersuchung auf Lues, speziell nach der neuen *Bruck*schen Methode. b) Einige experimentelle mykologische Fragen. — *Ritter*-Hamburg: Erfahrungen mit der *Müller*schen Media-Metalixröhre zur Oberflächentherapie. — *Karrenberg*-Hamburg: Die norddeutsche Pilzflora. — *Lustig*-Meram: Sind Pyodermien ohne diätetische Behandlung heilbar? — *Urbach*-Wien: Zuckergehalt der Haut bei Dermatosen unter experimentell geänderten Bedingungen beim Tiere nach Zuckerbelastung. — *Wichmann*-Hamburg: Zelluläre Abwehrvorgänge in der Haut bei Superinfektion mit Tuberkulose. — *Nothhaas*-Hamburg: Stoffwechselbefunde bei Psoriasis.

Digitized by Google

I.

(Aus der Dermatologischen Abteilung der Charité-Poliklinik in Budapest. [Vorstand: Kön. Rat Dr. *Josef Sellei*].)

Skleroedema adultorum (Buschke). (Induratio progressiva benigna sub cute.)

Von

Dr. JOSEF SELLEI.

Als erster, der von den gangbaren Formen der Sklerodermie eine rasch in die tieferen Hautschichten, in die Subkutis bis zu den Faszien und Muskeln greifende Form absonderte und diese mit dem zwar nicht ganz zutreffenden Namen „Scleroedema adultorum" belegte, war *Buschke* (Berl. Kl. W. 1902). Der Name ist nicht glücklich gewählt, weil man unter Sklerödem eine bei Kindern vorkommende schwere Hautkrankheit versteht, auf die wir weiter unten noch zurückkommen. Das charakteristische der *Buschke*schen Form ist 1. die Lokalisation unter der Haut bzw. in der Subkutis, in den Faszien und Muskeln; 2. der progrediente Verlauf und 3. die Resorption der Krankheit, in den meisten Fällen mit Restitutio ad integrum. Ich möchte nun diesen drei, ganz besonders charakteristischen Erscheinungen entsprechend, den Namen „*Induratio progressiva benigna sub cute*" vorschlagen. Bei dieser Krankheit bleiben also die oberen Hautschichten frei; die Krankheit ist in den tieferen Schichten lokalisiert. Im allgemeinen beginnt sie am Halse, verbreitet sich von hier auf die Brust, den Rücken, auf die Arme, die Hände bleiben aber frei. Die Krankheit kann auch die unteren Extremitäten befallen, diese Erscheinungsform sehen wir aber nur bei Kindern. Das Sklerödem muß schon deswegen von der Sklerodermie gesondert werden, weil hier alle charakteristischen Erscheinungen, wie die elfenbeinartige Glätte, die Pigmentverschiebung und die später sich entwickelnde Atrophie der Haut nicht zu finden sind. Daher sind die oberen Hautschichten, wenn auch nicht leicht, jedoch in groben Falten zusammendrückbar. Fingerdruck läßt keine Delle zurück. Bei

Digitized by Google

der Palpation ist die Haut bretthart. *Buschke* erwähnt auch, daß der erste, der eine ähnliche Krankheit beschrieben hat, eigentlich *Blaschko* (1902) war, jedoch zwischen dem Sklerödem und der Sklerodermia nicht unterschieden hat und nur wegen der Erscheinung am Gesicht die Krankheit mit dem Namen „*Sklerofaszie*" belegte. Schon die ersten Mitteilungen stimmten darin überein, daß das Sklerödem nach einer Infektionskrankheit weniger häufig bei Kindern, öfter bei Erwachsenen, auftritt, früher oder später jedoch mit fast vollkommener Restitution endigt. Die Haut wird nicht atrophisch wie bei der Sklerodermie. Mutilation wie bei der Sklerodaktylie — da die Krankheit Hände und Füße überhaupt nicht befällt — kommt niemals vor. *Buschke* spricht in seiner ersten Arbeit von der Erkrankung der Kutis, Subkutis und Muskeln, später (1927) bei einem mit *Ollendorf* mitgeteilten Fall war die Erkrankung nur in den Faszien und Muskeln lokalisiert. Wir können also bei der *Buschke*schen Krankheit *zwei Typen* unterscheiden: 1. *Induration des Unterhautsbindegewebes, der Faszien und Muskeln;* 2. *Induration der Fascien und Muskulatur.* Aus den Literaturausgaben will ich nur einige interessante Fälle herausgreifen.

E. Hoffmann beschreibt (1923, Klin. Wschr.) zwei akut auftretende und auch histologisch untersuchte Fälle, die zu Typus I gehören, wie im allgemeinen fast alle bisher beschriebenen Fälle. In einem Falle waren die tieferen Schichten der Kutis und Subkutis gequollen und hyperlastisch. Das kollagene Bindegewebe war auch gequollen und homogen; doch fand sich kein Exsudat und keine Veränderung der elastischen Fasern.

Die Wand der Blutgefäße war verdickt, die Kapillaren und Präkapillaren erweitert; die Hautnerven stellenweise dick und gequollen, ihre Kernzahl vermehrt, in der Umgebung viele einkernige Zellen und Hyperämie. An der Teilungsstelle der oberflächlich gelegenen Kutannerven starke perineurale Infiltration. Die Krankheit entstand nach einer Grippe, womit auch die Erkrankung des vegetativen Nervensystems und der endokrinen Drüsen im Zusammenhange steht.

Bruhns (Sitzungsbericht Berl. Derm. Ges. 1924) fand bei einem 18jährigen Mädchen ein am Hals beginnendes, dann auf den Rumpf übergehendes, in den Inguinalfalten, an den Oberarmen und am Gesicht lokalisiertes Sklerödem. In diesem Fall ging keine Grippe, bloß eine fieberlose Erkältung der Krankheit voraus.

Digitized by Google

Die histologische Untersuchung dieses Falles wurde erst im Jahre 1925 (Zentralbl. f. Hautkrankh.) beschrieben, und da konnte *Bruhns* die *Hoffmann*sche Feststellung von der Lymphozyteninfiltration der Kutannerven nicht bestätigen. Dem ersten Fall von *Buschke* folgten andere, von *Pinkus, Rissom, Nobl, Baginsky* usw. Mit diesen hat sich *Buschke* in seiner Arbeit (Derm. Wschr. Bd. 70. 1920) eingehender befaßt. Die später beobachteten Fälle wurden von *E. Hoffmann* (Klin. Wschr. 1923. 2. Jhg. Nr. 21) besprochen. Mit den zwei Fällen von *Hoffmann* sind bis dahin 14 Fälle bekanntgegeben, welche dem Typ I (Induration der Subkutis und der Muskulatur) entsprachen.

Von den neuen Berichten sind hervorzuheben die Fälle von *Grünmandel* (Ztrbl. f. Hautkrh. 1925. S. 27) (wo ein 4jähriges Kind nach Scharlach an Sklerödem erkrankte), weiter von *Wiener, Gieverson, Lewandowsky, Hoffmann* (Frankfurt a. M.). *Nägeli* (Kongr. d. Schweiz. Derm. Ges. 1926) beschreibt bei einem 14jährigen Mädchen nach einer vor 3 Jahren aufgetretenen Pyodermie ein Sklerödem der Arme, welches sich auch auf das Gesicht verbreitete. Dieser Fall trotzte jeder Behandlung. Die Fälle von *Woringer* (Ztrbl. f. Hautkrh. 1927. Bd. 21) waren höchstwahrscheinlich keine *Buschke*schen Sklerödeme.

Schmiedt (Ref. Ztrbl. f. Hautkrh. 1926) berichtet ebenfalls über ein nach einer Grippe am Gesicht, oberen Teil des Rumpfes, den oberen Extremitäten, die Hände ausgenommen, entstandenes Sklerödem. Zuletzt beschrieb dann wieder *Buschke mit Ollendorf* einen Fall (Med. Klinik. Nr. 37. 1927), der unbedingt zu Typ II gehört. Auch bei diesem war nach Grippe die Krankheit aufgetreten und befiel in erster Linie Nacken (weniger das Gesicht) und Unterarme, schwächer ausgeprägt Oberarme und Schultern. Spannung in den Fingern, besonders im Thenar und Hypothenar. Die Ober- und Unterschenkel waren stärker, das Gesäß weniger befallen. An den oberen Extremitäten sind mehr links, an den unteren die rechten Extremitäten stärker erkrankt. Sehr induriert war die paravertebrale Gegend von der Lendenwirbelsäule bis zum obersten Brustwirbel. Talg- und Schweißdrüsensekretion geringer. Sensibilität jeder Art normal. Ohne sklerodermatische Veränderung der Haut selbst war die Verhärtung in den Muskeln und Faszien lokalisiert, die Induration war „durch eine amorphe Substanz" entstanden, die die Muskelfasern auseinander drängte. Die Muskelfasern sind gut erhalten, stellenweise mit deutlicher Querstreifung ohne wachsige Degeneration oder Nekrose. Keine entzündlichen Zellinfiltrationen.

Digitized by Google

Die *Ca*-Vermehrung und *K*-Verminderung des Blutserums deutete auf Vagotonie hin. Darreichung von Thyreoidin und Radiogenbädern mit Massage führten zu einer baldigen Heilung.

Einen ähnlichen Fall konnten auch wir längere Zeit beobachten.

H. L., 10jähriges Mädchen, war vor drei Jahren erkrankt. Leiden nach einer Grippe aufgetreten. Die Mutter des Kindes bemerkte zuerst, daß das Kind schlecht geht, mit der linken Ferse kaum die Erde berührt. Die Oberschenkel waren auffallend hart. Der zu Rat gezogene Kinderarzt stellte die Diagnose des Sklerôderms (?) fest und verordnete warme Bäder und Schilddrüsenpräparat. Doch trat darauf keine Besserung ein, weshalb Pat. uns im Juli 1927 auf unserer Abteilung aufsuchte. Befund: Ziemlich gut entwickeltes, etwas anämisches Mädchen. Die Hautfarbe ist überall unverändert; Pigmentflecke sind nicht zu finden. Wegen der Blässe des Kindes sind vielleicht die erkrankten Stellen etwas blässer und auch kühler. Das Unterhautgewebe, hauptsächlich an beiden Oberschenkeln, und auch das Gesäß ist „knorpelartig hart". Diese Härte läßt allmählich über den Knien nach. Die Haut behält keinen Fingerdruck; Dellenbildung läßt sich nicht erzeugen. Die Haut ist an diesen Stellen auf Druck schmerzlos; sie kann, wiewohl nicht leicht, so doch in grobe Falten gehoben werden. Die Krankheit ist zwischen den erkrankten und gesunden Körpergegenden scharf begrenzt, oberhalb der Glutealgegend ist der Übergang etwas weniger scharf ausgeprägt. Der Hals, die Brust und die oberen Extremitäten sind vollkommen frei. Elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven mittels galvanischem und faradischem Strom ist an den kranken Stellen etwas herabgesetzt, an den Unterschenkeln normal. Die Talgschweißdrüsenfunktion normal. Das Kind geht hinkend, wegen der Schmerzen unterläßt es, mit der linken Ferse die Erde zu berühren. Bei den später vorgenommenen Untersuchungen fanden wir keine Veränderung der inneren Organe. Blutdruck normal, ebenso das Nervensystem. Die Reflexe außer der linken Achillessehne waren auslösbar. Urinuntersuchung negativ. Wa.R. negativ. Geringe Hypazidität (18—30). Bekanntlich bezeichnete *Buschke* das Fehlen der freien Salzsäure bei Sklerodermie als charakteristisches Zeichen (Derm. Wschr. 1927).

Die Stimmbänder hatten schlechten Verschluß.

Funktion der endokrinen Drüsen wie Schilddrüse und Ovarien (Dr. *L. Szondi*) sind normal. Bei der Röntgenuntersuchung Sella turcica normal, ebenso Knochen, Knorpel und Verknöcherung. Grundumsatz (Dr. *H. Lax*) normal. Nach der Reaktion der alimentären Hyperglykämie ist die Toleranz für Kohlehydrate vergrößert. Der kardiovaskuläre Tonus des vegetativen Nervensystems deutet auf Vagotonie; auf Hyperthyreose deutende Zahlen waren nicht zu finden. Auch von anderen Drüsendysfunktionen ist nichts zu berichten. Über einen Ausfall anderer Hormone kann ebenfalls nichts gesagt werden, auch darüber nicht, ob wir es vielleicht mit einer pluriglandulären Krankheit zu tun hätten.

Das histologische Bild zeigt in der Epidermis und Kutis keine Veränderung, es entspricht also dem Typ II des Sklerödems, — gleich dem von *Buschke* und *Ollendorf* beschriebenen Fall (siehe unten). Wärmebäder, 30 Olobintininjektionen, Quarzbestrahlung hatten eine ausgesprochene Besserung herbeigeführt, die Induration des subkutanen Gewebes ließ allmählich nach,

Digitized by Google

die Muskeln der Adduktorenfläche der Oberschenkel fingen an zu erweichen, wurden biegsamer, und die derbe Infiltration wurde auch weniger zu palpieren. An der Glutealgegend tritt die Erweichung am spätesten auf, aber auch hier können wir, wenn auch eine langsamere Besserung feststellen. An der Glutealgegend blieben hier und da härtere indurierte Stellen zurück, als Zeichen der ungleichmäßigen Resorption der Induration. Trotz der langsamen Besserung konnte jedoch in diesem Fall bisher von keiner Restitution ad integrum gesprochen werden; überall noch geringe Induration an den beschriebenen Stellen. An der linken unteren Extremität trat in den letzten Wochen sogar noch eine kleingradige Progredienz auf. Das Kind bekam während dieser Behandlung später auch noch Arsen, der allgemeine Zustand außer der sichtbaren Anämie blieb ziemlich gut. Das Blutbild war folgendes: Rote Blutkörperchen 4640000, weiße Blutkörperchen 7300, Hb. 75%. Qualitativ: Myelozyten 0, Jugend 0, Stabkernig 3%, Segment 75%, Eosinophyl 2%, Basophyl 0, Lymphozyten 20%. Tuberkulöse Veränderungen fanden wir nicht, — dieser Zusammenhang wurde auch bei Sklerodermie nicht gefunden. Im *histologischen Bild* weist das Stratum corneum und spinosum normale Dicke. Die Hautpapillen zeigen keine Veränderung. In der Subkutis sind die kollagenen Fasern stellenweise — mit Van-Gieson gefärbt — blaßgelb. Schweißdrüsen, Arterien, Venen normal, um die kleinsten Nervenfasern nichts Nennenswertes. Das subkutane Fettgewebe weist keine Abweichung vom Normalen (Dr. *Puhr*). Die elastischen Fasern bilden in der Kutis und Subkutis ein kontinuierliches Netz und um die Epithelleisten ein äußerst feines Gefüge.

In diesem Fall ist also die Erkrankung schon *per exclusionem* in den Faszien und Muskeln lokalisierbar. Nach *Buschke* handelt es sich in der Pathogenese um eine in die Bindegewebsmaschen mit Quellung der Fasern eintretende Exsudation einer bisher nicht feststellbaren Substanz. Er schließt sich da wohl an die schon früher von *Nobl* (1919) geäußerte Auffassung an, der auf Grund dreier einschlägiger Beobachtungen als Ursache der Verhärtung eine gequollene starke Auftreibung des kollagenen Kutisgerüstes annahm. Die Annahme, daß sich da eine bisher nicht feststellbare Substanz bildet, scheint auf Grund des histologischen Befundes auch in unserem Falle zulässig zu sein.

Differentialdiagnostisch kommt zuerst die Sklerodermie in Frage. Die charakteristischen Veränderungen, wie die wachs- oder alabasterähnliche Veränderung, die später auftretende Hautatrophie, fehlte während der ganzen Zeit, im Gegenteil, die Haut hatte ihre normale Farbe ohne Pigmentverschiebung; die elfenbeinartige Glätte, auch die Delle nach Fingereindruck fehlten. Wahrscheinlich fanden sich auch früher schon solche Fälle — wie dies auch *E. Hoffmann* hervorgehoben hat —; sie wurden nur immer zur Sklerodermie gerechnet. Die französischen Autoren beschrieben unter dem Namen „Sclérodermie

Digitized by Google

generalisée" oder „Sclerème des adultes" eine ähnliche Form, wo die Krankheit auf der Brust, dem Rücken oder am ganzen Körper verbreitet sein kann, ausgenommen Hände und Füße. Weiter kommt in Betracht eine Myositis und deren Kombinationen (Dermatomyositis, Dermatoneuromyositis, Myositis ossificans, Myokomie). Die Dermatomyositis ist eine sehr schmerzvolle Krankheit. Die Schmerzen sind hauptsächlich in den Muskeln lokalisiert, an der Haut Erythemflecke zu sehen; das Unterhautsbindegewebe ist oft auch erkrankt. Öfters finden sich auch höhere Temperaturen (*Frisch*, Med. Klin. 1927. S. 37). Alle diese Erscheinungen fehlten in unserem Fall. Die gleichfalls mit Muskelschmerzen und Veränderungen auftretende *Trichinose* war ganz auszuschließen. Manchmal sind bei schweren Sklerodermiefällen auch in den Faszien, Muskeln und Knochen Veränderungen zu finden; in diesen Fällen sind jedoch die Haut und die darunter liegenden Gewebe gleichmäßig verändert, induriert. Die erkrankten Gewebe schrumpfen später zusammen, die Haut wird atrophisch. In anderen Fällen verwächst die harte Haut mit den indurierten Sehnen und Muskeln. In den Muskeln findet sich anfangs Bindegewebswucherung, später werden diese sklerotisiert, atrophisch. Die Differentialdiagnose kann noch dadurch erschwert werden, daß sich sklerotisierende Muskeln auch unter gesund aussehender Haut bilden. Diese Veränderungen waren aber bisher nur an *umschriebenen kleinen Regionen* zu finden und nicht bei diffus generalisierter Sklerodermie. Französische Autoren haben unter dem Namen *Trophoedème* (*Meige* 1898) oder *Pseudoelephantiasis neuroarthritique* (*Mathieu*) eine chronische, der Elephantiasis ähnliche, an den unteren Extremitäten vorkommende, nur selten an die oberen heranreichende oder das Gesicht übertretende Krankheit beschrieben, welche durch Störungen des sympathischen Nervensystems entsteht. Die Haut ist da glatt, geschwollen, hart, die Farbe normal, doch adhärent und in Falten nicht erhebbar, bleibt aber über das tiefer liegende Gewebe beweglich. Subjektive Klagen wie Spannungsgefühl, Steifigkeit mit Parästhesien, dann Schmerzen sind vorhanden. Die Krankheit wurde meistens bei jungen Mädchen oder Frauen beobachtet. In einigen Fällen war spina bifida occulta zu finden. Von den klinischen Unähnlichkeiten abgesehen, muß aber die Frage doch weiter erörtert werden, nachdem so *Buschke* wie andere beim Sklerödem auch elephantiastische Veränderungen fanden, die manchmal beim Sklerödem zurückbleiben. Wir müssen noch das bei Säuglingen vorkommende und

Digitized by Google

immer tödlich verlaufende Sklerödem oder *Sclerema oedematosum*, *Sclerema adiposum (Fettsklerem)*, weiter besonders wegen seines günstigen Verlaufes die „*Sklerodermie der Neugeborenen*" in Betracht ziehen, welche unter die *Bernheim-Karrer*schen subkutanen Fettgewebsnekrosen eingereiht, in letzterer Zeit von *Gelbjerg-Hansen* [Nekrosis adiposa neonatorum (Arch. f. Derm. u. S. 1926. Bd. 152)], *Valk, Dongen* u. *A.* beschrieben wurde. Die Ätiologie dieser Krankheit ist noch unbekannt; nach *Gelbjerg-Hansen* ist sie pankreatogenen Ursprunges. Auch in dieser Richtung hin habe ich untersuchen lassen; doch konnte ein Ausfall der Pankreasfunktion (Dr. *Szemző)* nicht festgestellt werden.

Urin-Diastase:

V. 6. . . . . $\frac{38^0}{30'} = 64$

V. 8. . . . . $\frac{38^0}{30'} = 32$

Zucker . . . . . = 0

Azeton . . . . . = 0

Blutzucker . . . . . = 0,105%

Fäzes-Untersuchung . . . . . negativ

Die Krankheitslokalisation: Fast immer beginnt das Sklerödem (Induratio progressiva benigna sub cute) am Nacken, verbreitet sich von hier auf das obere Drittel der Brust und des Rückens, auf die oberen Extremitäten, doch niemals auf die Hände. Beginnt die Krankheit am Rumpfe, so werden die Oberschenkel und Beine sowie das Gesäß angegriffen, aber die Füße bleiben frei *(Buschke)*. Bei Kindern sehen wir öfters die letztere Erscheinungsform; die Verbreitung ist hier eine wesentlich schnellere als bei der anderen Form.

Die eigentliche *Ursache* der Erkrankung kennen wir noch nicht; nachdem sie nach Grippe, manchmal nach Scharlach oder Mumps, also nach Krankheiten, welche mit Fieber einhergehen, auftritt, so können wir an ein Toxin denken, das beide Typen des Sklerödems, die Veränderungen sowohl in den Unterhautgeweben wie auch in der Muskulatur und den Faszien, hervorruft. In anderen Fällen geht dem Beginn des Sklerödems (Induratio progress. benigna sub cute) Hinfälligkeit und Mattigkeit voraus; manchmal kann es auch inmitten vollkommener Gesundheit auftreten.

Die *Prognose* ist günstig; denn Atrophie der Haut tritt nie auf. Die meisten Fälle zeigen nach einer kürzeren oder längeren Zeit Heilung oder große Besserung. Die Krankheit selbst ver-

Digitized by Google

läuft vollkommen schmerzlos; die Bewegungen — wie auch in unserem Fall — können anfangs gehemmt werden; in *Buschkes* Fall war auch die Atmung, anderesmal die Bewegung der mimischen Gesichtsmukeln unfrei.

Therapie. Im allgemeinen werden Heilmittel angewendet, welche die Resorption fördern, wie Salizylsalbe (1—2%), warme Bäder, Massage, Quarzlicht, Terpentin (Olobintin). *Buschke* gebrauchte auch Schilddrüsenpräparate (Thyreoidin). Bei stärker induriertem Gewebe können wir noch Fibrolysin und 10%ige Chlornatriuminjektionen versuchen, die auch bei Sklerodermie empfohlen wurden.

II.

(Aus der Universitäts-Hautklinik in Bonn. [Direktor: Prof. Dr. *E. Hoffmann*].)

Über die Glossitis rhombica mediana (Brocq)[1].

Von

LOTTE ZIMMERMANN.

Im Jahre 1914 finden wir zum ersten Male in der dermatologischen Literatur eine Affektion der Zunge von *Brocq* und *Pautrier* beschrieben, die in ihren klinischen Merkmalen recht typisch ist.

Nachdem ihre Arbeit erschienen war, berichteten Dermatologen aus allen Ländern, aus Deutschland, Frankreich, England, Amerika, Italien und Spanien über typische Fälle dieser Krankheit, die sie an ihrem Patientenmaterial meist durch Zufall entdeckt hatten. Scheinbar ist die Affektion auch durchaus nicht ganz selten. *Darier* sagt dies ausdrücklich, und *Arndt* berichtet, daß in 1½ Jahren an dem großen Material der Universitätshautklinik und Poliklinik in Berlin 40 Fälle zur Beobachtung kamen.

Brocq und *Pautrier* gaben der Erkrankung den etwas schwerfälligen Namen „Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue". *Lane* schlug darum eine kürzere, aber ebenfalls prägnante Bezeichnung: „*Glossitis rhombica mediana*" vor. Seitdem finden wir sie in der medizinischen Literatur unter diesem Namen oder kurz als „*Glossitis rhombica (Brocq)*" erwähnt. In Deutschland wurde sie nach dem Vorschlag von *Arndt*, der noch ein äußerst

[1]) Die Arbeit erscheint ausführlicher und mit tabellarischer Übersicht der bisher veröffentlichten Fälle als Inaugural-Dissertation.

Digitized by Google

charakteristisches Merkmal mit in die Bezeichnung hineinbezog, als „*mediane, rautenförmige, depapillierende Glossitis*" bekannt.

Nach diesen historischen Vorbemerkungen will ich das klinische Bild der Affektion herauszuschälen versuchen, wie es sich aus 34 Krankengeschichten, die ich in der Literatur fand, darbietet. Durch die Freundlichkeit von Herrn Professor *Hoffmann* war ich in der Lage, noch einen eigenen Fall hinzuzufügen, den ich in der Hautklinik der Universität Bonn untersuchen konnte.

Erst ganz kurz eine allgemeine Beschreibung des Krankheitsbildes:

In der Mitte des Zungenrückens, unmittelbar vor dem Zungen-V, das von den Papillae circumvallatae begrenzt wird, hebt sich eine krankhaft veränderte Zone deutlich von der normalen Zungenschleimhaut ab. Meist ist sie unregelmäßig rhombisch oder oval geformt, und ihre Längsachse fällt stets mit der Raphe mediana der Zunge zusammen. Die Papillen fehlen in dem befallenen Bezirk, der von grau-rötlicher bis zu intensiv roter Farbe sein kann. Gelegentlich ist die Oberfläche vollkommen glatt, aber meistens ist sie von kleinen Erhebungen und Knötchen durchsetzt, ja, öfters ist sie sogar ausgesprochen warzenförmig. Die Läsion ist in fast allen Fällen absolut indolent, und meistens wird sie nur als Zufallsbefund festgestellt. Bei der Palpation fühlt man zuweilen eine leichte Sklerosierung.

Am typischsten und konstantesten ist wohl die Lokalisation der Affektion, die ihr auch den Namen gegeben hat. In allen 34 Fällen wird ausdrücklich ihre stets *streng mediane Lage* auf dem Zungenrücken betont. Von der Raphe mediana breitet sie sich nach beiden Seiten ziemlich regelmäßig aus. Stets liegt sie vor dem Zungen-V im mittleren Zungendrittel.

Dubreuilh beschreibt einen charakteristischen Fall, der 2 cm vor dem Zungen-V beginnt. *Ercoli* findet bei einem Patienten die Läsion bis in das hintere Zungendrittel hineinragen; bei *Fordyce* und *Cannon* verschmilzt sie mit den Papillae circumvallatae; aber weitaus die meisten Autoren beschreiben ihre Lage als „unmittelbar vor dem Zungen-V". Nach vorn kann sich die erkrankte Stelle mehr oder weniger ausbreiten, aber selten überschreitet sie das mittlere Drittel. *Brocq* und *Pautrier* diagnostizieren einen Fall (Fall 10), der eine atypische Lage hat, aber wie auch sie betonen, ebenfalls streng median liegt.

Die Form der Läsion wird in den meisten Fällen als *rhombisch* beschrieben.

Allerdings ist darunter niemals ein exakter, mathematischer Rhombus zu verstehen. Stets zeigt die Läsion von einem Rhombus abweichende, leichte

Digitized by Google

Unregelmäßigkeiten, und durchweg sind ihre Ecken abgerundet. Schon allein dadurch nähert sie sich einem Oval, und in mehr als 25% der Fälle wird sie einfach als Oval bezeichnet. Auch Formen, die überhaupt nicht mehr an einen Rhombus erinnern, kommen vor. So beschreiben *Brocq* und *Pautrier* in einer Krankengeschichte eine fast runde Form der Läsion (Fall 3). Der schon einmal angeführte Fall 10 von *Brocq* und *Pautrier*, der durch seine atypische Lage auffiel, bietet auch in seiner Form eine Besonderheit: die erkrankte Stelle liegt wie „ein schmales Band" auf dem Zungenrücken. *Balzer* und *Galliot* sprechen von einem „in die Länge gezogenen X" und fügen eine entsprechende Abbildung bei. Auch *Fordyce* und *Cannon* beschreiben in zwei Fällen eine von der Norm abweichende Form als „lineare Erhebung, die vorne spitz ist und sich nach hinten keilförmig verbreitert".

So sehen wir also, daß die Form der erkrankten Stelle, die in dem Namen so scharf umrissen geprägt ist, mannigfaltig variieren kann, und in dieser Beziehung das Krankheitsbild eigentlich zu eng umgrenzt ist, und so vielleicht eine Reihe von Fällen der Diagnose entgeht, weil der untersuchende Arzt vergebens nach einer exakten rhombischen Form sucht.

Die Längsachse des befallenen Bezirkes liegt immer in anterio-posteriorer Richtung. Ihre Länge schwankt zwischen 1,5 und 3 cm.

In drei der aufgeführten Fälle wird sie überschritten und beträgt 3,2 cm *(Arndt)* beziehungsweise 3,5 cm *(Fordyce* und *Cannon,* Fall 1) und in einem Falle sogar als höchstes Maß 5 cm *(Balzer* und *Galliot).* Die Breite variiert zwischen 0,7 cm und 1 cm. In wenigen Fällen erreicht sie 1,5 cm (*Brocq* und *Pautrier,* Fall 4, Fall 7; *Fordyce* und *Cannon,* Fall 2). Die Längsachse steht zu dem queren Durchmesser im Verhältnis 3:2, 2:1 oder 3:1.

Die erkrankte Stelle hebt sich gut von der normalen Schleimhaut der Zunge ab. Ihre Grenzen sind in vielen Fällen scharf, stellenweise sogar geradlinig, wie mit „dem Zirkel gezogen" (*Brocq* und *Pautrier,* Fall 3).

An anderen Stellen sind sie unregelmäßiger, ausgebuchtet (*Brocq* und *Pautrier,* Fall 5). Nach dem Zungen-V zu sind sie in den weitaus meisten Fällen gut ausgeprägt, während in der vorderen Region häufig leichte Übergänge zwischen gesunder und erkrankter Zone festzustellen sind (*Brocq* und *Pautrier,* Fall 3; 7). *Balzer* und *Galliot* heben diesen Übergang in der vorderen Partie im Gegensatz zu den seitlichen und hinteren prägnanten Grenzen hervor. Die beiden von *Fordyce* und *Cannon* beschriebenen Läsionen verschmelzen, im Gegensatz zu allen anderen referierten Krankheitsbildern, mit den Papillae circumvallatae.

Durchweg sind die Papillen in dem erkrankten Teil verschwunden. Die Stelle sieht „wie abrasiert" aus *(Brocq* und *Pautrier).* Nur in sehr wenigen Fällen (*Brocq* und *Pautrier,* Fall 7) sind bei genauem Zusehen noch Spuren von Papillenresten zu entdecken.

Durch das Fehlen der Papillen erhält die erkrankte Partie eine glänzende, manchmal desquamierte, wie lackiert aus-

Digitized by Google

sehende Oberfläche. Ihre Farbe variiert von grau-rötlich *(Arndt)* bis zu einem lebhaften (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 7) oder flammenden *(Léorat)* Rot. In der überwiegenden Mehrzahl der Berichte wird sie als leicht rötlich, rosa beschrieben.

Brocq und *Pautrier* beschreiben einen Fall (Fall 5), der im ganzen die Farbe der normalen Zungenschleimhaut beibehalten hat, nur an manchen Stellen Spuren von weißlicher Verfärbung aufweist. Fall 10 derselben Autoren ist im ganzen leicht opal, während viele andere Läsionen nur einzelne opale Stellen, die meist vorne gelegen sind, aufweisen. Der nicht ergriffene Zungenrest zeigt in den allermeisten Fällen keine Spuren irgendwelcher Veränderungen. Er ist ganz normal mit Papillen besetzt. Nur in ganz vereinzelten Fällen wird ein Belag erwähnt (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 1; 3). So ist es eine besondere Eigentümlichkeit der erkrankten Stelle, daß sie nicht imstande ist, einen erheblichen Zungenbelag zu bilden.

Die Oberfläche der Läsion ist aber selten glatt und ebenmäßig. Nur *Brocq* und *Pautrier* erwähnen in einem einzigen Fall ausdrücklich (Fall 6), daß die gesamte Oberfläche glatt und eben ist. Weiter beschreibt *Siemens* „lediglich einen glatten, ovalen Flecken ohne Furchen und Punkte". In allen anderen Fällen liegen zerstreut oder gruppiert, meist im Zentrum, kleine Knötchen von Stecknadelkopf- bis zu Linsengröße. Oder runde Papeln und kleine Erhebungen sind sichtbar (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 13).

Manche Autoren sprechen von warzenförmigen Knoten (*Dubreuilh*, Fall 1). *Brocq* und *Pautrier* beschreiben zwei Läsionen, die in der zentralen Partie (Fall 15) oder sogar im gesamten (Fall 5) stark warzenförmig sind. *Jourdanet* erwähnt eine Erhebung von ½ cm Größe. Zwischen den Knötchen und Warzen sind tiefe Fissuren, so daß oft eine gelappte Oberfläche resultiert. *Balzer* und *Galliot* beschreiben eine Falte, die die Läsion in anterio-posteriorer Richtung durchzieht und Kollateralen aussendet. *Fordyce* und *Cannon* finden Gebilde wie gestielte Warzen, die beweglich sind und zwischen denen tiefe Fissuren liegen. *Arndt* spricht auch von narbigen Vertiefungen.

Bei der Palpation ist die Schleimhaut der erkrankten Partie weniger zart und geschmeidig als über dem normalen Zungenrest. Besonders die kleinen Erhebungen und Warzen zeigen deutliche Verhärtung. Oft ist die Schleimhaut nur leicht infiltriert, und zwar ist das Infiltrat am stärksten und ausgesprochensten in den opalen Flecken und um die Knötchen herum. *Dubreuilh* findet die Oberfläche pergamentartig, und *Fordyce* und *Cannon* sprechen von gummi- und lederartiger Konsistenz.

Durchweg ist die Affektion indolent, und Arzt oder Patient entdecken sie durch Zufall. Aber auch in diesem Punkte sind vereinzelte Abweichungen festzustellen. *Brocq* und *Pautrier* finden zwei Fälle (Fall 7 und 8), die durch lebhaftes Brennen

Digitized by Google

oder leises Stechen und Prickeln den Patienten belästigen. In Fall 2 derselben Autoren spürt die Patientin eine leichte Behinderung beim Kauen, und als sie im Spiegel ihre Zunge untersucht, bemerkt sie die veränderte Stelle auf dem Zungenrücken. In *Léorats* Fall löst Berührung Schmerzen aus.

Über die *Histologie* finden sich nur in wenigen Fällen Angaben. *Brocq* und *Pautrier* haben drei Fälle ihres Materials histologisch untersucht und fanden in allen mikroskopischen Präparaten dieser drei Fälle wiederkehrend dieselben Strukturen. Zungenepithel und Mucosa sind in ihrem histologischen Bau verändert, aber der Ausgangspunkt dieser Veränderungen, ob Epithel oder Mucosa, ist nicht festzustellen. Im wesentlichen kommen sie zu folgendem Resultat: die Papillen sind verschwunden, die Oberfläche ist glatt, nur leicht gewellt, und wird von einer dicken, parakeratotischen Schicht gebildet. Die Mucosa unterhalb der parakeratotischen Schicht ist in einem Zustand von deutlicher Akanthose. Wandernde Leukozyten durchsetzen das Epithel. Die Mucosa ist deutlich infiltriert, am ausgesprochensten in ihrer mittleren Schicht. Das Infiltrat besteht fast ausschließlich aus fixen Bindegewebszellen und Lymphozyten. Riesenzellen und Epitheloidzellen sind nirgendwo aufzufinden. Die Blut- und Lymphgefäße sind ziemlich bedeutend erweitert, oft unmittelbar in den infiltrierten Stellen, aber auch ganz unabhängig von dem Infiltrat. In den tieferen Lagen der mittleren Mucosa verschwindet das Infiltrat. Aber dafür zeigt das Bindegewebe hier deutliche, sklerotische Veränderungen: zahlreiche kleine, sternförmige und abgeplattete Bindegewebszellen liegen zwischen den kollagenen Fibrillen. An einzelnen Stellen erinnern sie sogar an die Struktur eines Fibroms *(Brocq* und *Pautrier)*.

Betrachten wir diese mikroskopischen Veränderungen, so sehen wir im großen und ganzen das Bild einer *chronischen Entzündung mit Infiltration und Sklerose*. Dieser histologische Befund stimmt mit dem Urteil der anderen Forscher gut überein.

Arndt spricht von „ausgesprochenen entzündlichen und sklerotischen Veränderungen". *Ercoli* bekommt dasselbe Resultat bei einer mikroskopischen Untersuchung: im Epithel Parakeratose und Akanthose, in der Mucosa papillaris und media Infiltration und in den tieferen Lagen leichte Sklerose: „es handelt sich also um eine einfache, chronische Entzündung". *Lane* findet im histologischen Präparat Sklerose und Hyperplasie. *Fordyce* und *Cannon*, deren Befunde keine einfachen, typischen Fälle der Glossitis rhombica mediana darstellen, haben im ganzen ähnliche mikroskopische Befunde: sie stellen in ihren Präparaten auffallende Verdickung des Oberflächenepithels fest. Die Blut- und

Digitized by Google

Lymphgefäße sind erweitert. In allen Schichten findet sich zellige Infiltration, besonders auffallend und perivasculär in den tieferen Mucosaschichten. Bei starker Vergrößerung sieht man wandernde Leukozyten und interstitielle Ödeme in dem hyperplastischen Epithel. *Fordyce* und *Cannon* finden ein oder zwei isolierte Epithelinseln, die „den Verdacht auf ein möglicherweise beginnendes Epitheliom lenkten". Auch sie suchen vergebens nach Riesen- oder Epitheloidzellen. Lymphozyten und Plasmazellen setzen auch in ihren Fällen das Infiltrat zusammen. — Zusammenfassend stellen sie fest: „Es ist augenscheinlich, daß dies ein chronischer, entzündlicher Prozeß war, der in Sklerose des Bindegewebes der Zunge ausging. Die Hyperplasie des Epithels war wahrscheinlich das Ergebnis der vorliegenden Entzündung".

Wenn wir uns nun die Frage vorlegen, ob wir uns auf Grund der histologischen Betrachtung ein klares Bild von dem Wesen der Krankheit machen können, oder sie mit einer anderen Erkrankung, eventuell einer spezifischen Entzündung in Zusammenhang bringen dürfen, so müssen wir diese Frage verneinen.

Eine Tuberkulose ebenso wie Lues lassen sich mit Sicherheit ausschließen durch die mikroskopische Untersuchung. Gewisse Ähnlichkeiten zeigt die Läsion vielleicht mit dem Lupus erythematodes, unterscheidet sich aber wieder durch geringere Entzündung und deutlichere Sklerose der Mucosa von dieser Krankheit *(Brocq* und *Pautrier). Ercoli* hält es für möglich, daß die Affektion den Tuberkuliden zugehört. — Dies sollte, obwohl es nur eine Vermutung ist, dazu veranlassen, in allen einschlägigen Fällen auch röntgenologisch die Lunge zu untersuchen. — *Brocq* und *Pautrier* erwähnen einzelne Stellen, die an ein Fibrom erinnern. *Fordyce* und *Cannon* sprechen von einem möglicherweise beginnenden Epitheliom, was aber nur einen Folgezustand bedeuten könnte. Sie vergleichen ihren Befund mit einem Fall von „hypertrophischen Lichen ruber planus", der histologisch und klinisch sehr weitgehende Ähnlichkeiten mit ihren Fällen von Glossitis rhombica mediana hatte. Aber in keiner einzigen Arbeit findet sich ein bestimmter Hinweis, der es erlaubt, die Affektion einer anderen Krankheit unterzuordnen; ihre Histologie zwingt uns lediglich, sie als einen chronisch entzündlichen Prozeß aufzufassen. Dieser Befund stimmt ja auch mit den klinischen Symptomen überein.

Wenn wir *unter diesen ätiologischen Gesichtspunkten* nunmehr auch die *Anamnese* betrachten, so finden wir auch hier einzelne Aussagen typisch und immer wiederkehrend.

Verschwindend wenig Fälle haben die Affektion durch Schmerzen oder Belästigungen entdeckt. So gut wie immer ist sie für Arzt oder Patienten ein Zufallsbefund. In vielen Fällen kommt der Patient, der durch das ungewöhnliche Aussehen seiner Zunge, das er bei irgendeiner Gelegenheit im Spiegel entdeckt hat, beunruhigt ist, zur Konsultation. Oder noch häufiger kommt es vor, daß der Arzt bei der Untersuchung der Hals- und Rachenorgane, die er aus einem anderen Anlaß vornimmt, die Affektion entdeckt. Da sie niemals Schmerzen verursacht hat, weiß der Patient selten selbst nur ungefähre Angaben über den Zeitpunkt ihres Beginns zu machen. So ist in keinem einzigen Falle Entstehen und Wachstum der Läsion von ihrem ersten Anfang an be-

Digitized by Google

schrieben. Nur in einem Fall (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 11), der auch interessant durch das gleichzeitige Auftreten von Lupus erythematodes an Händen und Unterlippe ist, schreiben *Brocq* und *Pautrier*, daß sie den „Beginn" einer Läsion bemerkten. Leider kam dieser Fall nicht zur weiteren Beobachtung. —

Die Affektion, die im jüngsten Stadium in ärztliche Behandlung gelangte, war nach der Aussage des Patienten acht Tage alt und zeigte schon das typische Bild (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 2). Andere Läsionen bestehen wochen- und monatelang, bevor sie in ärztliche Beobachtung kommen. In den meisten Fällen sind sie über Jahre hinaus von den Autoren beobachtet worden, ein Fall sogar 20 Jahre lang (*Dubreuilh*). Die Dauer der Erkrankung ist also eine ungemein chronische. Anfangs vergrößert sich die Läsion offenbar langsam (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 14), dann bleibt sie stationär oder vergrößert sich nur noch in geringem Maße (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 16).

Ganz augenscheinlich befällt die Glossitis rhombica mediana das *männliche Geschlecht häufiger* als das weibliche. Unter den referierten 34 Fällen finden sich 80% Männer.

In der Literatur finden sich nur vage Vermutungen über die ätiologischen Faktoren für diese auffallende Bevorzugung des männlichen Geschlechts. Mangelhafte Mundpflege und Schäden des Tabaks werden in diesem Zusammenhang erwähnt. Die Krankheit ist nicht an ein bestimmtes Lebensalter gebunden, und über die Prädisposition einer bestimmten Altersstufe lassen sich keine genauen Angaben machen. Die jüngste Patientin ist 15 Jahre alt (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 2); die älteste ist 40 Jahre alt (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 3). Bei Männern scheint ein höheres Alter bevorzugt zu sein. Die höchsten Krankheitsziffern liegen hier zwischen dem 30. und 60. Lebensjahre. Der jüngste Patient ist 25 Jahre (*Ercoli*, Fall 3), der älteste 58 Jahre alt (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 8). Eine tabellarische Übersicht über die untersuchten Fälle, in denen das Alter der Kranken angegeben ist, möge ein Bild von der Verteilung auf die Altersklassen geben:

	Männer:	Frauen:
15—20 Jahre	0	3
21—25 „	1	0
26—30 „	2	0
31—35 „	4	2
36—40 „	4	2
41—45 „	2	0
46—50 „	3	0
51—55 „	4	0
56—60 „	2	0
	22	7

Interessant sind manche anamnestischen Angaben über gleichzeitig vorhandene oder früher durchgemachte Krankheiten. Unter diesen nimmt die *Lues* eine besondere Stellung

Digitized by Google

ein, und vor der Arbeit von *Brocq* und *Pautrier* wurde die Glossitis rhombica mediana in enge Beziehungen zur Lues gebracht, ja sogar als syphilitische Erscheinung gedeutet und in mehreren Fällen auf sie die Diagnose Lues gestützt.

Vergleichen wir aber nun einmal statistisch das zur Verfügung stehende Material, so kommen wir zu folgendem Resultat: Von den 35 untersuchten Fällen haben 9 Patienten eine Lues durchgemacht. In 3 von diesen 9 Fällen finden sich zur Zeit der Untersuchung sekundäre und tertiäre Erscheinungen. *Brocq* und *Pautrier* beschreiben in Fall 4 eine Roseola; *Léorat* diagnostiziert bei positiver Wassermannscher Reaktion eine Angina bei einer mit kongenitaler Lues behafteten Patientin, und *Dubreuilh* hat in Fall 2 einen Paralytiker vor sich. In der 2. Krankengeschichte, die *Fordyce* und *Cannon* anführen, fehlten die sekundären Erscheinungen, und die Autoren bezweifeln selbst die syphilitische Natur des Schankers, den der Patient in der Anamnese angibt. In Fall 5 von *Brocq* und *Pautrier* finden sich anamnestische Angaben, die den Gedanken an eine kongenitale Lues nahelegen (Vielsterblichkeit der Geschwister aus dem Patienten unbekannter Ursache in kindlichem Alter); bei demselben Patienten liegt eine unzweifelhafte Lues der Ehefrau vor.

So finden wir also bei 35 Patienten nur 9 Patienten mit einer *Lues*, also in 25%, und es ist unmöglich, bei diesem Prozentsatz auf die syphilitische Genese der Läsion zu schließen, da auch insbesondere niemals Spirochäten in der Affektion nachgewiesen worden sind.

An anderen früher durchgemachten Krankheiten werden Gonorrhöe (*Fordyce* und *Cannon*, Fall 2; *Léorat*), Varizellen (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 2 und 5), Pleuropneumonie und Dysenterie (*Balzer* und *Galliot*), Urtikaria und Neuralgie (*Dubreuilh*) genannt. Von diesen Erkrankungen steht wohl keine in irgendwelchem Zusammenhang mit der Glossitis rhombica mediana. Wichtiger sind vielleicht einige Krankheiten, an denen die Patienten zur gleichen Zeit leiden.

Brocq und *Pautrier* versuchten schon diese ätiologisch für die Glossitis rhombica mediana auszuwerten. Aber sie kommen bei längerer Beobachtung immer wieder zu negativen Ergebnissen und müssen jeden Kausalkonnex mit ihnen ablehnen. Vor allem kommen hier Leukoplakie, Tuberkulose, Lupus erythematodes und Lichen ruber planus in Frage.

In 7 Fällen finden sich neben der Glossitis leukoplakische Flecken an der Mundschleimhaut oder am harten Gaumen (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 5; 6 und 10; *Ercoli*, Fall 1; *Lane*; *Siemens*, Fall 1 und 2). Es ist nicht immer ganz klar, ob es sich um echte Leukoplakien handelt, oder ob nur leichte leukoplakische Flecken, wie sie bei *Rauchern* häufig vorkommen, vorliegen. 6 Patienten geben an, starke Raucher zu sein (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 5: 7; 8; 14; 16; *Ercoli*, Fall 1). Aber da auch Individuen von der Krankheit heimgesucht sind, die niemals geraucht haben, scheidet auch dieser Faktor ohne weiteres als allein in Betracht kommende Ursache aus. Wie ich schon

Digitized by Google

erwähnte, wird der *Tabak* auch für die auffallende Prädisposition des männlichen Geschlechtes verantwortlich gemacht. Beweisen läßt sich diese Vermutung nicht, wenn es auch vielleicht naheliegt, den chronischen Reiz des Nikotins und sonstiger Bestandteile des Rauchs für einen der schädigenden Faktoren zu halten.

Ausgesprochene tuberkulöse Infektionen finden sich sehr selten. *Brocq* und *Pautrier* sprechen in Fall 6 von einer früheren Tuberkulose. Ein Patient hat eine Pleuropneumonie durchgemacht, der ein Bluthusten folgte (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 8). Aber sonst finden sich keine Anhaltspunkte, die den Verdacht auf Tuberkulose lenken. Ein Fall, in dem sich gleichzeitig Lupus erythematodes fand, der schon erwähnte Fall 11 von *Brocq* und *Pautrier*, kam leider nicht zur vollständigen Untersuchung wieder. Nach *Brocq* und *Pautrier* könnte dem histologischen Befund nach eventuell an eine Verwandtschaft der Glossitis rhombica mediana mit dem Lupus erythematodes gedacht werden. *Ercoli* neigt dazu, sie den Tuberkuliden nahezustellen.

Weiter fanden *Brocq* und *Pautrier* gleichzeitig Affektionen von Lichen ruber planus; in einem Fall trat er im Munde auf (Fall 7), bei einem anderen Patienten nur am Arm (Fall 15). *Brocq* und *Pautrier* lehnen zwar einen Zusammenhang mit Lichen ruber planus ab, aber *Fordyce* und *Cannon* erwähnen die histologische Ähnlichkeit der Glossitis rhombica mediana mit einer von ihnen zuerst beschriebenen Erkrankung, die sie Lichen ruber planus hypertrophicus nannten. Sie schreiben von ihr: „... sie gibt ein klinisches Bild ab, das der Zungenaffektion nicht unähnlich ist. Die Histologie zeigt auch eine schlagende Ähnlichkeit mit der Zungenaffektion, derart, daß in beiden Fällen epitheliale Hypertrophie vereinigt ist mit bindegewebiger Sklerose".

An gleichzeitigen Erkrankungen werden weiter erwähnt: Urtikaria (*Dubreuilh*, Fall 1), Herzbeschwerden (*Fordyce* und *Cannon*, Fall 1), psychogene Beschwerden (*Siemens*, Fall 1), Magenbeschwerden (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 2; *Balzer* und *Galliot*), Ichthyosis (*Siemens*, Fall 2). *Balzer* und *Galliot* führen die Erkrankung direkt auf Magenbeschwerden zurück. Sie sagen: „Im übrigen glauben wir auf die Magenbeschwerden berechtigterweise Gewicht zu legen, die zwar leichten Grades, aber bei derartigen Kranken häufig anzutreffen sind (*Brocq* und *Pautrier*, Fall 3), und die vielleicht einen der ätiologischen Faktoren dieser Erkrankung darstellen. Wir haben sie in mehreren früher beobachteten Fällen von ‚glossite dépapillante' bemerkt, und wir neigen dazu, diesen Zustand der Zunge der Dyspepsie zuzuschreiben".

In dem erwähnten Fall von Ichthyosis (*Siemens*, Fall 2) bestand gleichzeitig Leukoplakie der Wange. Beide Kinder des Patienten waren mit Ichthyosis behaftet, wiesen aber keine Glossitis oder Leukoplakie auf.

Betrachten wir nun *zusammenfassend* diese *anamnestischen Angaben*, so werden wir zu dem Schluß kommen müssen, daß wir vergeblich in ihnen nach einer einheitlichen Ursache für die Erkrankung suchen. Manchmal scheint die Anamnese eines oder sogar mehrerer Patienten den Zusammenhang mit einem spezifischen Krankheitsbild, z. B. Lupus erythematodes, Tuberkulose, Lichen ruber planus und anderen nahezulegen, aber andere Fälle rechtfertigen dann wieder nicht den leisesten Verdacht an diese Krankheit.

Digitized by Google

Ehe ich nun über das Verhalten der Glossitis rhombica mediana therapeutischen Maßnahmen gegenüber einige Worte sage, möchte ich einen Fall, den *Siemens* berichtet, nicht unerwähnt lassen. Er stellt offenbar eine Komplikation der beschriebenen Zungenaffektion dar.

Siemens nennt die Erkrankung, die einen 42jährigen Mann befallen hat, „*Glossitis mediana haemorrhagica*". Es handelt sich um einen papillenlosen Flecken auf der Mitte des Zungenrückens, der mit dunkelroten Punkten übersät ist. *Siemens* erwähnt, daß er nicht ganz dem Krankheitsbild, das *Brocq* und *Pautrier* umrissen haben, entspricht. Der Patient klagt über Jucken und Brennen in der befallenen Partie. Beschwerden gehören bei der Glossitis rhombica *(Brocq)* zwar sicher zu den Ausnahmen, aber daß sie auch in sonst typischen Fällen vorkommen können, habe ich eingangs erwähnt. Abweichend ist der wechselnde Verlauf der Affektion, die bald schlimmer, bald besser ist und ihr haemorrhagischer Charakter. Die histologische Untersuchung ergab: Akanthose, Mucosainfiltration, sehr starke Gefäßerweiterungen und Blutungen ins Gewebe. Die Wassermannsche Reaktion, die bei dem Patienten angestellt wurde, fiel negativ aus.

Die Glossitis rhombica mediana scheint fast allen therapeutischen Versuchen zu trotzen. Nur *Lane* sowie *Fordyce* und *Cannon* berichten über erfolgreiche elektrolytische Therapie der warzigen Erhebungen. Alle anderen Autoren haben unbefriedigende Resultate. Der früheren Annahme von der luischen Natur der Glossitis gemäß, wurden viele Fälle versuchsweise antisyphilitisch behandelt. Kein einziger zeigte irgendeinen Erfolg.

Bei gleichzeitiger Lues gingen die luischen Erscheinungen natürlich zurück, jedoch die Zungenaffektion blieb unbeeinflußt und bestand unverändert fort. *Brocq* und *Pautrier* behandelten ihren Fall 15 mit Arsen innerlich und lokal mit Jodpinselungen nur mit dem Erfolg, daß die anfangs noch wachsende Läsion später stationär blieb. Auch eine elektrolytische Behandlung in Fall 5 von *Brocq* und *Pautrier* hatte nur einen zeitweisen Erfolg. Hingegen berichtet *Lane*, wie schon erwähnt, von einer erfolgreichen elektrolytischen Therapie seines Falles, und auch *Fordyce* und *Cannon* behandelten 2 Fälle mit Endothermie erfolgreich. Im ersten Fall war nach 2 Monaten, im zweiten Fall nach 8 Monaten noch kein Rezidiv aufgetreten. Allerdings handelt es sich hierbei wohl um besonders warzenförmige Läsionen, bei denen durch Elektrolyse die polypenähnlichen Erhebungen entfernt wurden.

Man muß die *Prognose* der Erkrankung quoad sanationem also als ungünstig bezeichnen. Indessen kann man den Kranken sagen, daß das Leiden gänzlich ungefährlich ist. Die Karzinomfurcht, die einzelne Patienten quält, ist unberechtigt. Es ist wichtig, den von der Krankheit Befallenen diese Furcht zu nehmen und ihnen die Harmlosigkeit ihres Leidens klarzumachen.

Nach dieser zusammenfassenden Betrachtung erwähne ich, daß Professor *Hoffmann* eine Anzahl einfacher Fälle von *Glos-*

Digitized by Google

sitis mediana gelegentlich gesehen hat, die obigem Bilde völlig entsprachen, und in denen die Abgrenzung gegen ganz oberflächliche sklerosierende Glossitis syphilitica tertiana zuweilen schwierig erschien; die Krankengeschichte eines länger beobachteten Falles aus der Bonner Hautklinik, die bei den vorstehenden Bemerkungen bereits Verwendung fand, möchte ich nun noch anführen.

Der 38jährige Patient K. S. ist Monteur. Seine Familienanamnese ergibt tuberkulöse Affektionen in seiner Verwandtschaft mütterlicherseits. Seine Mutter und Großmutter starben beide an Lungenkrankheiten.

Er selbst weiß sich aus seiner Jugend keiner besonderen Krankheiten zu erinnern. Er ist verheiratet. Seine Frau ist gesund. Sein einziges Kind starb bei der Geburt. Er selbst hat im Oktober 1921 eine Lungenentzündung durchgemacht und hält sich für tuberkulös. Er raucht sehr stark (Pfeife), Alkoholismus wird verneint.

Seit nunmehr 1½ Jahren ist dem Patienten zufällig im Spiegel eine Veränderung an der Zunge aufgefallen, und da er Karzinom befürchtete, konsultierte er einen Arzt, der ihn an die hiesige Klinik überwies.

Hier wurde er zum erstenmal am 18. 2. 1927 untersucht. Er wurde dann am 6. 9. 1927 von Herrn Professor *Zurhelle* auf dem 15. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (September 1927) vorgestellt. Ich selbst hatte Gelegenheit, den Patienten am 5. 6. 1928 zu untersuchen.

Der Patient ist mittelgroß und von schwächlichem Körperbau. Er zeigt eine ziemlich ungepflegte Mundhöhle, das Gebiß ist nicht gesund. Die Rachenorgane sind ohne krankhaften Befund.

Mitten auf dem Zungenrücken, bis ins vordere Drittel der Zunge reichend, findet sich eine krankhaft *veränderte Stelle von unregelmäßig ovaler Gestalt*. Nach hinten reicht sie unmittelbar bis an die Papillae circumvallatae. Sie hebt sich sehr deutlich gegen die übrige Zungenschleimhaut ab, die, abgesehen von einem ganz leichten Belag, normales Aussehen zeigt. Die Farbe der Läsion ist besonders in ihrem hinteren Abschnitt intensiv dunkelrot, nach vorne zu etwas weißlicher. Sie ist gänzlich ohne Papillen und hat dadurch, wiederum nach dem Zungen-V zu am ausgesprochensten, ein glattes, wie poliertes Aussehen. Die erkrankte Stelle ist von mehreren Längs- und Querfurchen durchzogen. Ihre Längsachse beträgt ungefähr 2,5 cm; ihr Breitendurchmesser 1,2 cm. Die Grenzen der Läsion sind vor allen Dingen in ihrem vorderen Abschnitt sehr scharf. Bei der Palpation fühlt man eine nur wenig ausgesprochene Verhärtung im Vergleich zu der übrigen Zungenschleimhaut. Bei Berührung ist sie vollkommen indolent. Der Patient klagt nur über unbestimmte Belästigungen an der erkrankten Stelle beim Genuß von scharf gewürzten oder stark sauren Speisen. Die Wassermannsche Reaktion im Blut ist negativ.

Blutbild: Neutrophile Leukozyten 68%, kleine Lymphozyten 18%, große Lymphozyten 12%, Mononukleäre 1%, Übergangsformen 1%; keinerlei Veränderungen an den Erythrozyten.

Der Röntgenbefund einer Lungenaufnahme der hiesigen medizinischen Klinik lautet: Winkel beiderseits frei, Zwerchfellaktion links o. B., das rechte Zwerchfell zeigt kleine Adhäsion. Die Hiluszeichnung beiderseits ist nicht

Digitized by Google

wesentlich über das normale Maß hinausgehend. Im Bereich der Lungenfelder und -spitzen keine Herdschatten nachweisbar. Pleuritis adhaes. dextra. Für sichere spezifische Affektionen radiologisch kein Anhalt.

Nach dem Urteil von Herrn Professor *Zurhelle*, der im Februar 1927 die Diagnose „Glossitis rhombica mediana (*Brocq*)" stellte, hat sich die Läsion in den verflossenen 1½ Jahren ein wenig verändert, was auch von dem Kranken selbst bemerkt worden ist. Damals war die Oberfläche der erkrankten Stelle vollkommen glatt, ohne die nun bestehenden Furchen. Ihre Farbe war von intensiverem, hellerem Rot, und ihre Form näherte sich viel mehr einem Rhombus als heute. Außerdem klagte der Patient damals noch nicht über die jetzigen Belästigungen. Die Affektion hat jeder Therapie getrotzt.

Differentialdiagnose.

Eine Reihe von Erkrankungen, die sich auf der Zunge lokalisieren können, sind so typisch und leicht von unserer Glossitis zu unterscheiden, daß ich nur kurz ihre Namen zu nennen brauche, um sie auszuschließen. Ich erinnere hier an tuberkulöse Ulzerationen, an die syphilitischen Gummen oder den harten Schanker.

Anders ist es schon mit manchen Plaques lisses der Lues II, die oft auf dem Zungenrücken lokalisiert sind. Die beiden Krankheitsbilder können in der Form miteinander übereinstimmen; auch die syphilitischen Plaques können abgerundet oder oval sein. Beide Affektionen zeigen im Aussehen gewisse Ähnlichkeiten, denn auch bei den luischen Effloreszenzen ist die Schleimhaut glatt, wie lackiert, desquamiert. Ihre Farbe ist ebenfalls rötlich oder rot. Aber ein Unterschied besteht: Bei den Plaques lisses der Lues ist die Schleimhaut einfach glatt, aber niemals findet sich hier eine Verhärtung, die bei der Glossitis rhombica mediana so häufig ist. Außerdem würde es selten sein, daß eine derartige luische Affektion in der Einzahl auf dem Zungenrücken vorkommt. Ein weiteres wichtiges diagnostisches Hilfsmittel ist die Anamnese: die luischen Plaques entstehen ziemlich schnell, die depapillierende Glossitis aber verläuft ungemein chronisch. Mit Beachtung der *Hoffmann*schen Regel, nur solche Präparate für die Syphilisdiagnose gelten zu lassen, welche *Spirochaetae pallidae* rein, ohne Beimengung anderer Spirochäten zeigen, gelingt es leicht, im Dunkelfeld sofort die syphilitische Natur aufzudecken.

Auch die luischen Manifestationen der tertiären Periode im Munde können gewisse differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen. Hier kommt die *sklerosierende Glossitis*, die sogenannte *Fournier*sche Zunge, in Betracht.

Digitized by Google

Bekanntlich unterscheidet *Fournier* die oberflächliche und die tiefe, parenchymatöse Form der *Glossite tertiaire scléreuse*. Beide treten fast nur auf dem Zungenrücken auf und bilden in ihrer oberflächlichen Form derbe Infiltrate, die über die normale Zungenschleimhaut prominieren können. Auch über ihnen ist die Schleimhaut depapilliert und glatt, doch fast stets von narbigen Furchen durchzogen. Man findet entweder mehrere dichte Läsionen oder ein großes, derbes, narbiges Infiltrat. Oftmals bildet das verdickte Epithel weißliche, glänzende Auflagerungen auf ihnen.

Weniger auffallend und typisch ist der Anfang der tiefen, parenchymatösen Form. In ihrem ersten Stadium kann die äußerliche Ähnlichkeit mit der Glossitis rhombica mediana recht groß sein. Hier liegen die Infiltrate noch tiefer, über ihnen ist die Schleimhaut noch nicht erhaben, nur depapilliert, glatt, gerötet, manchmal nur von einigen oder wenigen *tiefen Narben durchzogen*. In diesem Stadium sind die beiden Krankheitsbilder am leichtesten zu verwechseln, wenn auch die Verhärtung steiler und tiefer reichend bei Lues ist und die luische Affektion auf dem Zungenrücken mehr nach vorne oder am Zungenrande lokalisiert ist. Die Wassermannsche Reaktion im Blut, die bei Lues III nicht immer positiv ist, ist in solchen Fällen auch nicht immer geeignet, Klarheit zu schaffen. Genaue Erhebung der Anamnese, Liquoruntersuchung (durch Nackenstich), auch Röntgenuntersuchung der Aorta, schließlich probeweise *spezifische Therapie* können uns hier in der Diagnosenstellung weiterbringen.

Verwechslungen mit der *Hunter*schen bzw. *Möller*schen Glossitis kommen wohl kaum in Betracht. Zwar ist die *Möller*sche Glossitis, die ja neuerdings mit der *Hunter*schen *Glossitis* identifiziert wird, ebenfalls durch eine intensive Rötung der befallenen Stelle charakterisiert; aber durch ihre Lokalisation sind die beiden Erkrankungen differentialdiagnostisch leicht zu unterscheiden: die Glossitis rhombica mediana ist durch ihre konstante Lokalisation auf der Mitte des Zungenrückens ausgezeichnet, während die *Hunter*sche Glossitis die Zungenspitze oder die Seitenränder der Zunge bevorzugt. Außerdem macht die letztere *heftige subjektive Beschwerden*.

Es ist also das Krankheitsbild der *Glossitis rhombica mediana* sicher wert, diagnostisch beachtet und vor allem ätiologisch weiter aufgeklärt zu werden.

Digitized by Google

Literaturverzeichnis.

Arndt, G., Demonstration in der Sitzung der Berliner Dermatologen vom 28. 11. 1922. Ztrlbl. 3. S. 341. 1922. — *Balzer* und *Galliot*, Un cas de glossite dépapillante médiane. Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph. Sitzg. vom 20. 4. 1914. — *Brocq, L.* und *L. M. Pautrier*, Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue. Ann. de derm. et de syph. 1914—15. S. 1. — *Dubreuilh, W.*, Glossite losangique de la face dorsale de la langue. Ann. de derm. et de syph. Paris 1914. S. 615. — *Ercoli*, Über die Glossitis losangica mediana des Zungenrückens *(Brocq)* ref. Derm. Ztschr. 50. 1927. S. 327. — *Derselbe*, Sulla glossite losangica mediana della faccia della lingua di *Brocq* e *Pautrier* ref. Ztrlbl. 21. S. 333. — *Fordyce* und *Cannon*, A hithertoo underscribed condition of the tongue, clinical and histologic Report of two cases. Arch. of Derm. a. syph. 8. S. 750. — *Hoffmann, E.*, Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten mit kurzer Diagnostik. 4. Aufl. Bonn 1922. — *Jourdanet*, Mediane rhombische Glossitis des Zungenrückens ref. Derm. Wschr. 1915. Nr. 61. — *Kraus, A.*, Mediane rautenförmige depapillierende Glossitis. Ztrlbl. 22. S. 843. — *Lane, John E.*, Glossitis rhombica mediana. Arch. of derm. a. syph. 9. S. 547. 1924. — *Léorat*, Glossite losangique médiane de *Brocq* chez une hérédosyphilitique. Ztrlbl. 1923. 350. (7.) — *May, José*, Annales de la fac. de méd. Montevideo. Bd. 7. Nr. 4—5. S. 219—227. 1922. ref. im Ztrlbl. 17. S. 454. — *Mikulicz, J.* und *Kümmel, W.*, Die Krankheiten des Mundes. 3. Aufl. Jena 1912. — *Sanz de Grado, J.*, Actas dermo sifiliogr. 8. Nr. II. Dezember 1915 und Januar 1916 ref. Derm. Wschr. 63. Nr. 28. S. 682. — *Siemens*, Demonstr. in der Münch. Derm. Ges. Sitzg. vom 5. 2. 1923. Ztrlbl. 8. S. 233. — *Trautmann*, Die Erkrankungen der Mundhöhle und der oberen Luftwege bei Dermatosen. 2. Aufl. München 1911. — *Zurhelle*, Isolierte Dermatosen der Mundschleimhaut. Ztrlbl. Bd. 21. Heft 9 10. — *Derselbe*, Demonstration eines Falles von Glossitis rhombica *(Brocq)*. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 155. S. 321.

Digitized by Google

III.

Zum Angiolupoid (Brocq-Pautrier).

Von

Dr. EMANUEL WOHLSTEIN,

in Bad Pistyan (Tschechoslowakei).

(Hierzu eine Abbildung.)

Zur Abgrenzung dieses selten vorkommenden Krankheitsbildes von der großknotigen Form der Boeckschen Sarkoide reicht die präzise Beschreibung der klinischen Merkmale von *Brocq* und *Pautrier* aus. —

Das Angiolupoid tritt in scharf von der Umgebung abgegrenzten, erhabenen Knoten in Erscheinung. Die Plaques betragen im Durchmesser ½—2 cm. Die Farbe ist bläulichrot und manchmal mit gelblichen Nuancen untermischt. Bei Glasdruck zeigt sich ein diffuser, gelbbrauner Farbenton. Das verdünnte Epithel ist glatt, ohne Schuppenbildung. Bei Palpation fühlt man eine weiche elastische Infiltration. Charakteristisch sind die feinen Teleangiektasien. Atrophie und Narbenbildung kommt nicht vor. Die Affektion entsteht ohne subjektive Beschwerden allmählich, zeigt keine Rückbildungstendenz und ist therapeutisch nicht beeinflußbar. Frauen über 40 Jahre sind in den meisten bisher beschriebenen Fällen betroffen. Charakteristisch ist die Pincenez-Lokalisation. Es zeigen sich immer nur vereinzelte Plaques, zumeist in der Nähe des inneren Augenwinkels. Histologisch steht das Angiolupoid zwischen Lupus und Sarkoiden. Im Zentrum findet sich ein zusammenhängendes Infiltrat, hauptsächlich aus epitheloiden und typischen Langhansschen Riesenzellen bestehend. Am Rande entsprechen die histologischen Veränderungen denen der Boeckschen Sarkoide. Die oberflächlichen Kapillarektasien geben dem histologischen Bilde ein besonderes Gepräge. Tuberkelbazillen sind nicht nachgewiesen; die Tierimpfung fiel auch negativ aus. Über das Verhalten gegenüber Tuberkulin werden von *Brocq* und *Pautrier* keine Angaben gemacht.

Diese Schilderung des Angiolupoids ist laut der präzisen klinischen Beschreibung von *Brocq* und *Pautrier* nach *Leuan-*

Digitized by Google

dowskys Angaben zusammengestellt. (Die Tuberkulose der Haut, 1916, S. 206—07.) Ich wurde auf dieses Krankheitsbild durch einen bei Prof. *Arndt* (1923) gesehenen Fall aufmerksam. Folgender Fall verdient wegen der Seltenheit dieser Affektion veröffentlicht zu werden. Das gleichzeitige Bestehen eines kleinknotigen benignen Miliarlupoids (Boecksches Sarkoid) ist geeignet, die pathogenetische Zusammengehörigkeit dieser Krankheitsbilder anzudeuten.

E. V., Bäuerin, 34 Jahre alt, anämisch, sonst gut gebaut, zeigt sich am 15. Juni 1928 bei mir. Auf der Stirne über dem rechten inneren Augenwinkel ist eine unscharf begrenzte, bräunlichrote Infiltration von ca. 2 cm Durchmesser sichtbar; diese fühlt sich derb an und zeigt bei Glasdruck gelbliche Stippchen, sonst diffusen, gelbbraunen Farbenton. Der Herd ist aus kleinen lichenoiden stecknadelkopfgroßen Einzeleffloreszenzen zusammengesetzt, die gut differenzierbar sind. Eine feine Schuppung ist an der Oberfläche wahrnehmbar. Das Infiltrat besteht seit 12 Jahren und ist laut Angaben der Patientin in Rückbildung begriffen. Unter dem linken Mundwinkel befindet sich ein bläulichroter, von der Umgebung ziemlich scharf abgegrenzter, über das Hautniveau stark prominierender Knoten von etwa 1,5 cm Durchmesser. Bei Glasabdruck zeigt sich ein diffus gelbbrauner, gleichmäßiger Farbenton. Die Oberfläche ist glatt und von zahlreichen, feinen Teleangiektasien durchquert. Beim Versuch der Faltenbildung ist eine Verdünnung des Epithels bemerkbar. Bei Palpation fühlt sich das Filtrat weich-elastisch an. Dieser Knoten besteht seit 10 Jahren, ist allmählich, ohne besondere Beschwerden zu verursachen, entstanden und zeigte bisher keine Neigung zu spontaner Abheilung. An den Unterarmen sind je 4—5 subkutane, leicht verschiebbare, flache Knoten tastbar. Die Tumoren sind unregelmäßig geformt und verschieden groß, die ihnen entsprechende Haut zeigt keine pathologischen Veränderungen. Diese an Drüsen erinnernden Gebilde sind an Beuge- und Streckseiten der Unterarme zerstreut, ohne in ihrer Lokalisation eine gewisse Regelmäßigkeit zu zeigen. Eine Organtuberkulose ist bei der Patientin nicht nachweisbar. Von den anamnestischen Angaben wäre zu erwähnen, daß die Affektion angeblich nach einem schweren Abdominaltyphus begonnen hat. Pirquet ist schwach positiv, Wassermann im Blute negativ, das Blutbild ist normal. Probeexzision wurde abgelehnt.

Zur Deutung der beschriebenen Hautveränderungen ist zu bemerken, daß der Stirnherd die typischen Merkmale eines kleinknotigen *Boeckschen Sarkoids* aufweist. Die anamnestischen An-

Digitized by Google

gaben, die mäßige Vorwölbung der einzelnen Knötchen und die feine, oberflächliche Abschilferung lassen das Rückbildungsstadium vermuten. Das Vorhandensein subkutaner drüsenartiger Herde an den Unterarmen läßt sich ungezwungen bei diesem Krankheitsbilde unterbringen. Relativ häufig sind subkutane tiefe Sarkoide und Drüsenaffektionen beobachtet, und zwar nicht nur regionäre, sondern auch entferntere Drüsengruppen können sich an dieser Erkrankung beteiligen. In einzelnen Fällen (*Darier*) wurde in den beteiligten Drüsen ein ähnlicher mikroskopischer Befund erhoben wie beim Boeckschen Sarkoid. Der haselnußgroße Knoten unter dem linken Mundwinkel zeichnet sich hauptsächlich durch das Fehlen jeder Andeutung von Schuppenbildung aus. Die übrigen klinischen Merkmale kommen auch beim großknotigen Sarkoid vor, doch spricht die weichelastische Konsistenz des Tumors, die feinen und zahlreichen Teleangiektasien, der eigenartige Farbenton bei Glasdruck, das isolierte Auftreten ohne die geringsten subjektiven Beschwerden für Angiolupoid. Gegen eine tertiär-luetische Affektion spricht hauptsächlich das vollständige Fehlen der Abheilungstendenz und Dauer sowie Verlauf der Erkrankung.

Das *Zusammentreffen des Angiolupoids mit dem Boeckschen Sarkoid* bei derselben Person soll neben der klinischen Ähnlichkeit der beiden Affektionen ihre Wesensverwandtschaft dokumentieren. In demselben Sinne spricht auch das schwachpositive Ausfallen der Tuberkulinreaktion („spezifische Anergie" bei Tuberkuliden im Sinne *Jadassohns*). Auch der Fall von *Brocq* und *Pautrier* soll hier nach *Lewandowsky* zitiert werden. Bei einer Patientin bestand neben einem Lupus vulgaris auf der rechten Wange ein großknotiges Sarkoid auf der linken Wange und ein *Angiolupoid auf der Nase*. Die hierbei bestehenden Immunitätsverhältnisse dürften auf lokalen, in der Haut liegenden Verschiedenheiten beruhen.

Fasse ich kurz zusammen, so handelt es sich in meinem Falle nach dem klinischen Bild um ein *atypisch lokalisiertes Angiolupoid (Brocq-Pautrier)*, welches bei einer verhältnismäßig jungen Bäuerin mit einem *gleichzeitig bestehenden kleinknotigen Boeckschen Sarkoid* zur Beobachtung kam.

Digitized by Google

IV.

Die Geschlechtskrankheiten in den Llanos (Südamerika).

Von

W. A. COLLIER.

Die Llanos erstrecken sich von der Mündung des Orinoko nach Westen bis zur kolumbianischen Kordillere und von der venezolanischen Kordillere bis zu den Bergen Ekuadors. Typisch für die Llanos ist die Orinokoniederung: Endlose Steppen, Galeriewälder an den Flüssen, mit einer langdauernden Regenzeit abwechselnder Sommer.

Die Bevölkerung ist gering, auf kleine Dörfer verstreut. Nur selten kommt es zur Entwicklung kleinerer Städte. Die Verkehrsbedingungen sind die denkbar schlechtesten, und so kommt es, daß jene Gegenden nicht nur geographisch, zoologisch, botanisch und ethnographisch weniger bekannt sind, sondern vor allen Dingen auch medizin-geographisch sozusagen ein Neuland bilden.

Im Jahre 1925 hatte ich Gelegenheit, in der venezolanischen Provinz Apure (Hauptstadt: San Fernando de Apure) Studien zu machen. Von den Beobachtungen seien in folgenden Zeilen einige wiedergegeben.

Prostitution.

Ein trauriges Kapitel in der Orinokoniederung ist das der Prostitution. So angenehm auf den ersten Blick die Sittenstrenge der weiblichen Bevölkerung der besseren Kreise ist, so bedenklich sind ihre Folgen. Nicht nur in den Llanos, sondern überhaupt in ganz Venezuala wird es einfach unmöglich sein, in einer guten Familie eine „gefallene Tochter" zu finden, eine Tatsache, die den Fremden eigenartig anmuten muß.

Die Schattenseite ist die, daß die jungen Burschen ausschließlich auf die Prostituierten angewiesen sind. Diese sind aber in der Regel erkrankt. Bei einer Untersuchung der Prostituierten in der Stadt San Fernando stellte sich heraus, daß nur eine einzige gesund war. Und in dieser hohen Krankheitsziffer der Mädchen liegt die Ursache der so außerordentlich weit verbreiteten Syphilis und Gonorrhöe.

Instinktiv merkt es die Bevölkerung, und dies hat zur Folge, daß in den Llanosgegenden häufig freie Ehen eingegangen werden. So schützt sich der junge Mann, sowie er sich von seinen Eltern trennen kann, einigermaßen gegen die Gefahr einer geschlechtlichen Infektion, die bei dem Besuch verschiedener Prostituierter einfach nicht zu vermeiden ist.

Die Prostituierten („Prostitutas") sind meist noch recht jung und leben im Hause ihrer Mutter, von der sie die Praxis übernommen haben. Mit etwa 14 Jahren beginnen die Mädchen ihren Beruf und kennen keinen sehnlicheren Wunsch, als möglichst schnell ein oder auch zwei Kinder zu bekommen. Dann

Digitized by Google

wird so bald als angängig das Geschäft auf die Tochter vererbt, und die noch junge Mutter kann sich zur Ruhe setzen. In San Fernando, einer Stadt von etwa 4500 Einwohnern, fand sich nur ein einziges Haus, das man als Bordell im europäischen Sinne ansprechen konnte (4—5 Mädchen), sonst handelte es sich immer um die eben geschilderte Art des Wohnens.

Meist beginnen die Mädchen ihren Beruf damit, daß sie mit einem wohlhabenden Manne ein festes Verhältnis eingehen. Sie nennen sich dann „Reservada" und sind ihrem „Dueño" (Besitzer) unbedingt treu. Erst nach etwa 1—2 Jahren wird dann ihr Beruf öffentlicher.

Eine regelmäßige Untersuchung der Prostituierten ist aus äußeren Gründen leider nicht durchführbar. So wäre es wenigstens erwünscht, die jungen Leute durch Wort und Schrift über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten und über die Methoden ihrer Verhütung aufzuklären.

Gonorrhöe.

Erschreckend weit ist die Gonorrhöe verbreitet. Man geht mit der Behauptung sicher nicht zu weit, daß *jeder* Mann entweder daran leidet oder doch zum mindesten mehreremals daran gelitten hat. Keine Altersstufe ist verschont. Man sieht 12jährige Knaben mit einer frischen Erkrankung ebenso wie ältere Männer, die stolz von ihrem „Catarro inglés" (englischem Katarrh) erzählen. Diese starke Ausdehnung wird durch die regelmäßig kranken Prostituierten verschuldet, und diese Infektionsquelle wird nur sehr schwer zu beheben sein, da sich die Mädchen mit aller Energie einer geordneten Behandlung oder gar Überwachung zu entziehen wissen. So werden die jungen Männer infiziert, und da sie in diesem Zustande zu heiraten pflegen, erkranken auch die Ehefrauen.

Die Nebenerscheinungen sind nicht so schwer wie in den gemäßigten Klimaten. Epididymitis und Orchitis kommen dem Arzt fast nie zu Gesicht, sehr selten Cystitis. Unterleibserkrankungen der Frau sind indessen häufiger, und ebenso Fälle von Monarthritis gonorrhoica. Ferner geht man wohl nicht fehl, wenn man einen Teil der so überaus verbreiteten Nierenkrankheiten auf gonorrhöische Grundlage zurückführt, und ebenso einen Teil der Herzkrankheiten. Durch den wirklich übergroßen Kaffeegenuß, dem auch der Fremde allzuschnell verfällt, wird das Herz leicht geschädigt und stellt nun einen für die Gonokokken günstigen Locus minoris resistentiae dar. Endokarditis und Myokarditis sind wesentlich häufiger als in Europa.

Wenn also die bei uns gefürchteten Folgeerscheinungen wohl als leichter angesprochen werden können, so ist dies mit dem Verlauf des Trippers selber nicht der Fall. Dies liegt nicht etwa in einer Besonderheit des Virus, sondern in der unverantwortlich schlechten Behandlung, die sich der Kranke angedeihen läßt. Nur in den seltensten Fällen wird er den Arzt sofort aufsuchen, vielmehr erst dann, wenn er Monate und aber Monate an sich herumkuriert hat und alle die Mittelchen versucht hat, die ihm seine Bekannten empfehlen. Dazu kommt der schlimme Aberglaube, daß ein Tripper erst einmal vier Wochen lang laufen müsse. Nach Verlauf dieser Zeit wird mit etwas Kaliumpermanganat gespült, und wenn man dann lange Zeit darauf keine Besserung spürt, wenn gar Strikturen aufgetreten sind, geht man — wenn man gelegentlich zur Stadt kommt — auch zum Arzt. Wenn dieser dann aber binnen einer Woche nicht helfen kann, hält man ihn für einen Ignoranten und kuriert lieber selber weiter.

Digitized by Google

Blennorrhöe der Neugeborenen ist selten, da Protargol prophylaktisch regelmäßig Verwendung findet. Wohl aber kommen von Zeit zu Zeit Fälle beim Erwachsenen vor.

Es sei hier noch besonders betont, daß demgegenüber die Behandlung der Gonorrhöe in der Hauptstadt Caracas auf der Höhe steht und von den dortigen Spezialisten in mustergültiger Weise durchgeführt wird. Auch ist hier die Bevölkerung fortschrittlicher und leichter der Belehrung zugänglich.

Ulcus molle.

Der weiche Schanker wird selten allein erworben, sondern bei der allgemeinen Verbreitung der Syphilis als Chancre mixte. Daher wird er entweder gar nicht oder nur oberflächlich behandelt. Seine Gutartigkeit ist auffallend, wenn auch die Leistendrüsen häufig sehr stark affiziert sind.

Syphilis.

Die Syphilis ist weit verbreitet, und man geht mit der Annahme wohl nicht fehl, daß jeder junge Mann infiziert ist. Abgesehen von den ausgeprägten, überaus heftigen Sekundärerscheinungen ist die Schwere der Erkrankung in der Regel sehr gering, und zwar trotz der wenig intensiv durchgeführten Behandlung. Letzteres ist aber nicht die Schuld der behandelnden Ärzte, sondern die des Patienten selber und nicht zuletzt die der Apotheker.

Der Kranke ist kein Freund einer langen, systematischen Therapie, und trotz Zuredens von seiten des Arztes verzichtet er meist auf eine energische Behandlung. Wenn beispielsweise bei den Primäraffekten die Zikatrisierung begonnen hat, denken die Leute gerne, daß sie nunmehr geheilt seien, und halten die guten Ratschläge des Arztes nur für den Wunsch, noch recht viel Geld herauszupressen. Daß dies nicht der Fall sein kann, beweisen schon die lächerlich geringen Honorare, die der Llanosbewohner (Llanero) dem Arzt zu zahlen und häufiger noch schuldig zu bleiben pflegt, so daß tatsächlich nur Idealisten es fertig bringen, im Dienste der Allgemeinheit als Privatärzte in die Llanos zu gehen.

Ein weiterer Grund ist der, daß die Apotheker sich auf jede nur erdenkliche Weise schnell bereichern wollen. Daher wird von ihnen die kluge und weitblickende Verordnung des Präsidenten, in der die Preise des Salvarsans festgesetzt werden, nicht befolgt, sondern es wird der 5—7fache Preis verlangt. In kaum einem andern südamerikanischen Lande wie in Venezuela versucht die Regierung, auch der ärmeren Bevölkerung das Salvarsan zu einem erschwinglichen Preise zugänglich zu machen, aber auch in keinem anderen Lande werden die Patienten in gleich schmutziger Weise von den Apothekern geschröpft. So ist der einfache Mann höchstens in der Lage, etwa 3 Ampullen Neosalvarsan zu kaufen, und muß dann auf jede weitere Behandlung verzichten.

Die Folge ist, daß die Syphilis nur anbehandelt und dann weiterhin unbeeinflußt gelassen wird. Kommt es zu einem besonders heftigen Rezidiv, wird wieder etwas behandelt, ohne zu einem endgültigen Ergebnis zu führen.

Dann fällt auch noch die Furcht ins Gewicht, sich größere Dosen einverleiben zu lassen. Meist fängt eine Salvarsankur mit 0,15 g an, dann folgt 0,3, 0,45 und *vielleicht* noch 0,6 g. Das ist die höchste Dosis, die sich ein Kranker geben lassen würde, und die *Ehrlich*sche Forderung „Frapper fort et frapper vite" wird nie befolgt.

Digitized by Google

Diese drei Faktoren sind es, die eine schnelle Ausheilung der Syphilis verbieten und nur die manifesten Symptome mehr oder weniger verschwinden lassen. Infolgedessen werden in der Ehe nicht selten auch die Frauen infiziert. Eine andere Folge davon ist aber auch wohl die extragenitale Ausbreitung der Lues, die nicht selten ist. Familienepidemien in typischer Form kommen mancherorts vor.

Daß unter der Landbevölkerung ein zwar unschädliches, dafür aber um so unwirksameres Mittel sehr beliebt ist, sei nur kurz erwähnt. Es handelt sich um den „Jarabe San Lázaro" (Lazarussyrup), den man auf den Llanos in jedem kleinen Laden kaufen kann, den man bei jedem Rinderhirten findet, und der zum größten Teil aus Zuckerwasser besteht, wenn man auch drei Bolivares (2,40 Mk.) dafür zahlen muß.

Der Verlauf der Syphilis bietet nichts Besonderes dar. Nur sind die Hauterscheinungen — wie schon oben erwähnt — wesentlich stärker ausgeprägt, als es in den gemäßigten Klimaten der Fall zu sein pflegt. Dafür aber kann man sagen, daß in den Llanos selbst *jede Syphilis des Zentralnervensystems fehlt*. Der seit 30 Jahren im Staate Apure lebende Dr. *de Milita* konnte nur einen einzigen (noch dazu aus der Kordillere stammenden) Fall progressiver Paralyse beobachten, und ein zweiter Fall, der ebenfalls aus dem Hochlande stammte, zeigte sich in dem Provinzhospital von San Fernando während meiner Anwesenheit. Dieser Fall zeichnete sich aber durch eine außerordentliche Gutartigkeit aus, und nach 25 Wismutinjektionen kehrte der Kranke symptomlos wieder zu seiner Familie zurück.

Man kann mit absoluter Bestimmtheit behaupten, daß die in den tropischen Gegenden allgemein bekannte Seltenheit der Syphilis des Zentralnervensystems auch für die Orinokoniederung gilt, und zwar *trotz* der systemlosen Anwendung des Salvarsans.

Das Salvarsan in den Llanos.

Es seien noch einige Worte über das Salvarsan und seine Anwendung in den Llanos gesagt. Die Bevölkerung und die Ärzte bevorzugen das deutsche Neosalvarsan. Amerikanisches Arsphenamin habe ich nie zu sehen bekommen, wohl aber das französische Novarsenobenzol *Billon*. Dieses wird aber nicht gerne gewählt, da es der Hitze gegenüber weniger widerstandsfähig ist als das entsprechende deutsche Präparat. Es kommen bei seiner Verwendung nicht selten angioneurotische Erscheinungen zutage, auch löst es sich oft nur mit schmutziggelber Farbe.

Das deutsche Präparat hält sich in der Hitze besser, doch kann man annehmen, daß jahrelange Lagerung in einer tropischen Temperatur nicht gerade günstig wirkt. Es wäre dringend zu empfehlen, wie es auch verschiedene Autoren verlangen, das Salvarsan ebenso wie die Heilsera in einem Eisschrank aufzubewahren. Diese Forderung kann man nur befürworten. Es würde auch schon die Lagerung in einem zweckmäßig eingerichteten Kühlschrank von zirka 16° ausreichen.

Der Handel mit Salvarsan sollte in den Tropen nur solchen Apotheken zugestanden werden, die sich auch für eine zweckmäßige Aufbewahrung und Lagerung verbürgen. In allen größeren Tropenorten wird jetzt billiges Eis hergestellt, so daß diese Forderung keine wesentlichen Mehrkosten für die Apotheker bedeuten würde, um so mehr als diese mit einem Verdienst von mindestens 1000% arbeiten. Für die kleinen Dorfapotheken, die ja doch nur etliche Ampullen Salvarsan vorrätig halten, könnte diese Bestimmung aller-

Digitized by Google

dings keine Anwendung finden. Dafür aber wäre es wohl möglich, und zwar mit einem minimalen Kostenaufwand, durch die Regierung alle 6 Monate die lagernden Bestände einziehen zu lassen und sie durch neue zu ersetzen.

Anhang. — Hautkrankheiten.

Für den Dermatologen dürfte die Orinokoniederung, ebenso wie andere Gegenden des tropischen Südamerikas, ein wahres Dorado sein. Wohl bei jedem Kranken, der den Arzt aufsucht, findet sich eine oder die andere Hautkrankheit, vom roten Hund bis zum Erysipel und zur Dermatomykose.

---

80. Tagung der Niederländischen Dermatologenvereinigung, gemeinsam mit der Vereinigung Rheinisch-Westfälischer Dermatologen zu Amsterdam vom 2.—3. Juni 1928.

E. Hoffmann: Die Bedeutung der Zisternenpunktion für die Feststellung der Heilung der Syphilis.

Die Bedeutung der Zisternenpunktion ist in den letzten Jahren immer mehr anerkannt und in der Arbeit von *Memmesheimer* (Zbl. 25, 633) klargelegt worden. Sie hat bei etwa 1500 Punktionen in der Klinik sehr wertvolle Aufschlüsse gegeben. Der etwas geringere Ausfall der Zahl der Zellen und der Stärke der Reaktionen gegenüber dem Lumbalpunktat ist praktisch nicht von Bedeutung. Beschwerden haben wir, von ganz vereinzelten Fällen abgesehen, nie beobachtet. Die Frage, ob die Heilung der Syphilis im einzelnen Falle sicher festgestellt werden kann, wird noch verschieden beurteilt. Bei maximal frühbehandelten Kranken ist anzunehmen, daß vier Zeichen zur Feststellung der Ausheilung genügen, wenn sie negativer Natur sind. Als solche kommen in Betracht: völlige klinische Symptomlosigkeit (auch des Nerven- und Gefäßsystems bei Heranziehung der Röntgenuntersuchung der Aorta), lange Zeit festgestellte negative serologische Reaktionen, völlig normaler Liquor längere Zeit nach Abschluß der Behandlung, negativer Spirochätenbefund an Drüsen und an Schleimhäuten. Wenn alle diese Befunde mehrere Jahre nach Abschluß der Behandlung negativ ausfallen, so darf die Heilung um so sicherer angenommen werden, je frühzeitiger die Kuren einsetzten. Die große Regelmäßigkeit, mit der nach der Methode der kombinierten maximalen Frühkuren behandelte Patienten völlig frei und unverdächtig befunden werden, ist ein besonders wichtiges Zeichen dafür, daß hier die Heilung erreicht ist. Auch bis zu 17 und 18 Jahren nachbeobachtete Patienten tragen zur Sicherung dieser Auffassung immer mehr bei. Die ambulant ausführbare Subokzipitalpunktion ist für die Nachbeobachtung deshalb von besonders großer Bedeutung, weil sie latente Nervenerkrankungen schon frühzeitig zu entdecken vermag und alsdann gestattet, sie der kombinierten Malaria-Salvarsan-Wismutbehandlung zuzuführen. Sie stellt daher einen sehr bedeutungsvollen Fortschritt dar.

Th. M. van Leeuwen: Monilethrix.

Vortragender zeigt den Stammbaum einer Familie mit Monilethrichosis, bei der in 3 Generationen 14 Personen (8♀ und 6♂) mit dieser Anomalie behaftet waren, während 28 Personen gesund waren. Einer dieser Fälle wurde demonstriert in der 63. Versammlung der Gesellschaft 1923 (Zbl. 7, 34).

Digitized by Google

1925 zeigte derselbe Knabe fast normalen Haarwuchs, welcher nach einer totalen Röntgenepilation aufgetreten war. Die Röntgenepilation wurde vorgenommen, weil an Stelle einer Alopecia areata in der Nackengegend später normale Haare ohne Spindelformung und ohne Keratosis pilaris erschienen. Die Ursache der Moniletrichosis ist in einer pathologischen Verhornung der inneren Wurzelscheide, welche mit der Keratosis pilaris auf einer Linie steht, zu suchen. Von den Zellen der Huxleyschen Scheide wird ein anormaler Druck auf die neugeformten Rindenzellen ausgeübt, welche dadurch vor ihrer Verhornung gestaut werden.

J. W. van der Valk: Zwei Fälle artefizieller Dermatosen.

Der erste Fall betrifft ein 21jähriges Mädchen, das vor einigen Monaten wegen eines Erythema reticulare pigmentosum e calore in Behandlung kam. Als Besonderheit fielen einige nekrotische Stellen an den Knotenpunkten des Gefäßnetzes auf. Zwei Monate später kam sie mit einer sehr stark an Brandwunden in den verschiedenen Stadien erinnernden Erkrankung wieder. Es zeigten sich hier auf der Haut der unteren Bauchhälfte zwei bizarr geformte Ulzerationen mit deutlicher Follikelzeichnung. Daneben lag ein zirkumskripter gelbgrüner Fleck, ebenfalls mit erweiterten Follikeln und von einer roten Entzündungszone umgeben. Auf dem Rücken der Patientin befand sich eine im Zentrum grauschwarz verfärbte Stelle mit gelbgrünem Rand und einer darumliegenden Entzündungszone. Ähnliche Hauterscheinungen auch an Armen und Beinen. Sogar der Naseneingang und die beiden äußeren Gehörgänge sind betroffen. Nach Angabe des Mädchens treten die Flecke nacheinander in Zwischenräumen von einigen Tagen von selbst auf. In der Annahme, daß es sich hier um eine artefizielle Verbrennung der Haut handelt, wurde die Patientin in der Klinik aufgenommen mit dem Erfolg, daß von diesem Augenblick an keine neuen Krankheitsherde auftraten und die bestehenden unter allmählicher Loslösung der nekrotischen Haut granulierten und epithelisierten. Nach langen Nachforschungen wurde festgestellt, daß die Patientin Krüge mit kochendem Wasser gebrauchte, um ihre Haut zu verbrennen. Hysterie liegt nicht vor. Wie sich später herausstellte, ist Patientin als ein Opfer der sozialen Gesetzgebung zu diesem Betrug gekommen; sie benutzt ihr Kranksein, um 16 Gulden pro Woche zu verdienen, die Arbeitsamt, die Gemeinde und mitleidige Verwandte und Bekannte zahlen. Sie gebraucht das Geld zur Anschaffung ihrer Aussteuer.

Im zweiten Fall handelt es sich um ein 21jähriges Bauermädchen, das verschiedene mehr oder weniger symmetrische Erkrankungsstellen im Gesicht aufweist, die derart typisch sind, daß *Polland*-Prag sie sicher für einen klassischen Fall seiner Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica ansehen würde. Man sieht auf der Stirn eine neu entstandene streifenförmige Effloreszenz. Ein mehr oder weniger brennendes Gefühl leitet angeblich die Entwicklung eines Erythems ein, das bald urtikariell wird und nach kurzer Zeit seröse, auch oft blutige Flüssigkeit ausscheidet, besonders an der Stelle der Follikel. Diese Flüssigkeit trocknet bald zu gelb- oder braunschwarzen Krusten ein, die nach etwa 7 bis 10 Tagen abfallen. Am rechten Unterarm finden sich drei solcher Stellen in verschiedenen Stadien und auch an beiden Armen sind ziemlich symmetrisch gleichartige Stellen zu sehen, deren mittelste sehr deutlich die blutige Krustenbildung, welche die Follikel betrifft, aufweist. Ende März dieses Jahres trat diese Hauterkrankung gleichzeitig mit dem Beginn der Menses zuerst im Gesicht auf. Von dysmenorrhoischen Erscheinungen ist bei der Pa-

Digitized by Google

tientin absolut nichts zu finden. Auch an den inneren Genitalorganen konnte nichts Krankhaftes festgestellt werden, so daß das Wort dysmenorrhoica sicher nicht angebracht ist. Wenn man nun die gleiche Erkrankung beim Manne antrifft, wie in dem interessanten von *Edel* in der Nederlandsch. Tijdschrift voor Geneskunde 1918 beschriebenen Fall, dann erübrigt sich das Adjektiv dysmenorrhoica. Es muß also in diesem Fall, unbeschadet der Auffassung *Pollands*, der stets aufs neue die Existenzberechtigung seiner Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica verteidigt, nach einer anderen Ursache gesucht werden. In der Tat besteht bei der Patientin eine Erkrankung, die zweifelsohne in kausalem Zusammenhang mit der Hautaffektion steht, nämlich eine ausgesprochene Hysterie, als deren wesentliche Symptome eine rechtsseitige Hemianästhesie, Hemialgesie und Hemithermoanästhesie zu nennen sind. Es handelte sich demnach um eine hysterische Kranke, die in einer noch unbekannten Weise die Effloreszenzen hervorruft. Daß die streifenförmigen viereckigen Läsionen Artefakte sind, unterliegt keinem Zweifel. Man darf sich deshalb gern der Meinung *Dariers* und *Babinskis* anschließen, von denen der erste sagt: Le pemphigus hystérique n'existe pas, und der zweite: l'hystérie est incapable d'engendrer des troubles trophiques de la peau.

Strauß: Dermatherapie ohne Verbände.

Vortragender empfiehlt die Schüttelmixturen, denen er Paraffinum liquidum zusetzt, welches den Mixturen eine geschmeidigere Beschaffenheit verleiht.

S. Mendes da Costa: Über Roseola.

Nach Besprechung der Erscheinungsformen der Roseola in den verschiedenen Stadien der Syphilis wird auf die Pathogenese näher eingegangen. Während *P. G. Unna* und *Renaut* die Erklärung der Erscheinung in der Form der Aufzweigung der Arterien und in der Art ihrer Verbindungen allein sehen, nimmt Vortragender an, daß bei der Entstehung der Roseola in der Hauptsache die Gefäßnerven eine Rolle spielen. Die Syphiliserreger dringen in die Gefäßnerven oder Gefäßganglien ein und die hervorgerufenen Veränderungen rufen die Roseola hervor. Zur Erklärung dieser Vorgänge könnte man ein Nervenvirus annehmen. Dafür sprechen weiter klinische Tatsachen. Einmal steht die Roseola in Beziehungen zu vasomotorischen Störungen. Ferner würde sich das beständige Rezidivieren der Spätroseolen erklären, wobei die Erreger während der Behandlung in den Nervenscheiden virulent bleiben und von da wieder eine neue Aussaat hervorrufen würden. Drittens spricht die Entstehung des Leukoderms dafür, das sich in gewissen seltenen Fällen aus Roseolen entwickeln kann und als Früherscheinung von Neurosyphilis aufgefaßt worden ist. Auch das häufige Auftreten von Tabes und Paralyse bei Fällen, bei denen nur ganz leichte Hauterscheinungen in Form von Roseolen bestanden haben, spricht dafür.

A. S. Jacobson: Patienten mit Kunstnasen.

Vortragender demonstriert zahlreiche Lupuspatienten aus der Amsterdamer Lupusheilanstalt, die nach seiner Methode hergestellte Gelatinenasen tragen. Diese wirken äußerst naturgetreu. Die Herstellung erfolgt nach der Methode von *Henning*, deren Geheimhalten vom Vortragenden enthüllt wurde. Nach Anfertigen eines Gipsabdruckes, wobei besonderer Wert auf Erhalt sehr großer Klebeflächen zu legen ist, wird eine Kupferform hergestellt, mit deren Hilfe die Patienten ihre Nasen sich jeder Zeit selbst gießen können. Die Masse, aus der die Prothesen angefertigt werden, bereitet sich der Patient selbst, indem er Glyzerin, dem als Konservierungsmittel etwas Chininsulfat hinzu-

Digitized by Google

gefügt wird, in einer Schale mit Gelatinepulver unter dauerndem Rühren mischt, bis eine breiartige Masse entsteht. Die Schale wird dann in ein heißes Wasserbad gebracht, bis der Inhalt dünnflüssig geworden ist. Man setzt weiter Gelatinepulver zu, bis die Masse sirupartig ist, wartet bis alle Luftblasen verschwunden sind und fügt Carb. calc. praecip. hinzu und Karmin, um die richtige Färbung zu bekommen. Die Nase wird nach Guß mit dicker Mastixlösung angeklebt, und nun wird mit einem Toilettepuder die richtige Hautfarbe hergestellt. Die Patienten verfertigen sich 2- bis 3mal im Jahre ungefähr 300 g von der kautschukähnlichen Gelatinesubstanz und gießen sich alle 14 Tage auf einmal ungefähr 1 Dutzend Nasen. Anfänger lernen die Methode von alten Patienten, die sie schon gebrauchen.

K. Edel: Oslersche Krankheit.

Es handelt sich um 2 Patienten, Vetter und Cousine, die zahlreiche Hämangiome auf der Haut und Schleimhaut von Mund und Nase zeigen. Letztere sind die Ursache von wiederholtem Nasenbluten. Wie aus dem demonstrierten Stammbaum hervorgeht, besteht eine direkte Vererbung, wobei beide Geschlechter die Erscheinung zeigen. Ein Sohn der Patientin ist selbst frei, jedoch trägt er die sonst dominante Erkrankung als rezessiven Faktor mit sich herum, da seine Tochter Hämangiome und Nasenbluten zeigt.

Osler hat die Erkrankung 1901 beschrieben. Vor ihr hat jedoch schon *Rendu* die Krankheit genau mitgeteilt. Bis heute sind etwa 40 Fälle veröffentlicht worden, hauptsächlich von englischer und amerikanischer Seite. Trotzdem handelt es sich um keine seltene Erkrankung. Die 63jährige Patientin hat vier Kinder, von denen eines die Anomalie deutlich zeigt. Seit ihrer Jugend leidet sie fast wöchentlich an heftigem Nasenbluten. Sie erholt sich sehr schnell von diesem Verlust. Aus anderen Wunden blutet sie nicht besonders lang. Die Menses waren früher ganz normal. Ebenso war ihre sonstige Gesundheit immer gut. Während der letzten Zeit zeigt sie Erscheinungen einer Koronarsklerose. Auf Wangen, Stirn und Kinn sieht man zahlreiche, wenig erhabene Hämangiome von 1—3 mm im Durchmesser. Diese entstanden vom 10. Lebensjahre ab. Die Lippenschleimhaut, Zunge und Gaumen sind ebenfalls mit zahlreichen rotbraunen, kleineren und größeren Geschwülstchen besetzt. Die der Lippen bluten oft sehr stark. Die Nasenschleimhaut zeigt viele erweiterte Venen und zahlreiche Narben als Folge der gegen die Blutungen angewandten Ätzmittel. Im hintersten Teil der Nase befinden sich kleine Hämangiome. Der Hämoglobingehalt beträgt 65 nach *Sahli*, 5000000 normale Erythrozyten, 6000 Leukozyten, mit leichter Eosinophilie, die Zahl der Blutplättchen ist normal. Fast dieselben Verhältnisse finden sich bei dem Vetter der Frau. Jedoch sieht man hier zahlreiche Hämangiome auch an Händen und Armen. Aus der Literatur geht hervor, daß niemals ein an dieser Krankheit leidender Patient verblutet. Bei der beschriebenen Familie ist auffallend, daß die erkrankten Familienmitglieder alle an Wassersucht und Herzschwäche gestorben sind. Dies könnte darauf hinweisen, daß die ganze Keimanlage des Gefäßsystems erblich geschwächt ist.

C. Postma: Oslersche Krankheit.

Im Anschluß an die Fälle von *Edel* werden 3 an derselben Krankheit leidende Mitglieder einer Familie vorgeführt. Ferner wurde ein weiterer Fall aus der holländischen Provinz Friesland beobachtet. Mit dem in der Literatur bekannten Fall sind diese zusammen 4 holländische Familien. Bei der 35jährigen Frau begannen die Nasenblutungen im 5. Lebensjahre. In letzter Zeit

Digitized by Google

blutet sie fast jeden Tag. Die Blutungen entstehen meistens bei Husten oder Niesen, manchmal auch ganz spontan. Die Hämangiome des Gesichtes haben nie geblutet. Keine Menstruationsstörungen. Kein verstärktes Bluten nach Verletzungen. Aus dem Stammbaum geht hervor, daß die Großmutter väterlicherseits erkrankt war. Trotzdem erreichte sie ein Alter von 70 Jahren. Auch ein Bruder der Großmutter war erkrankt. Der Vater, eine Schwester und ein Bruder des Vaters wiesen ebenfalls die Erkrankung auf. Von 7 Geschwistern sind außer der Patientin noch 2 Schwestern von derselben Krankheit befallen. Hautmikroskopisch sieht man, daß die Angiome aus erweiterten Kapillaren und Venen bestehen. Auf dem Nasenseptum lassen sie sich bei schwacher mikroskopischer Vergrößerung als oberhalb des Schleimhautniveaus befindlich erkennen. Streifen- und flächenförmige größere Stellen überschreiten das Niveau nicht. Die histologische Untersuchung eines Angiomes vom Handrücken zeigt eine Gruppe nebeneinanderliegender erweiterter Venen. Die Epidermis-Koriumgrenze ist etwas verstrichen. Bei anämischen Patienten kommen als Therapie Ruhe, Kalzium und Arsen in Betracht. Die in letzter Zeit angewandte Leberdiät hat nicht nur den Hämoglobingehalt besonders gesteigert, sondern auch die Frequenz und die Stärke der Blutungen ganz außerordentlich verringert. Die Besserung ist eine derartige, daß die Therapie für ähnliche Fälle empfohlen werden kann. Zur Erklärung der Wirkung könnte man vielleicht daran denken, daß ein Circulus vitiosus (durch die Anämie hervorgerufene stärkere Neigung zu Blutungen) auf günstige Weise durchbrochen wird.

P. G. Rinsma: Kerato- et Erythrodermia variabilis.

Es handelt sich um einen 19jährigen Monteur, der bis zum 5. Lebensjahre gesund war. In dieser Zeit sei in der Mitte des oberen Teiles des Halses eine erbsengroße, verhornte Stelle aufgetreten, welche sich innerhalb einiger Monate über die ganze vordere Seite des Halses ausbreitete. Dieses Halsband bestand mehrere Jahre, bis es dann wieder verschwand, wobei die Stelle unter dem Kieferwinkel am langsamsten ausheilte. Im 9. Lebensjahre entstand eine ähnliche Erkrankung am Kinn und beiden Mundecken, auf beiden Backen und unter den Augen. Die Ränder der Ohren waren besonders stark befallen. Auch hier verschwanden nach einem besonders heißen Sommer einige Jahre später sämtliche Erscheinungen. Vor 2 Jahren trat unter dem Kieferwinkel rechts und links von neuem eine hyperkeratotische Stelle auf, welche sich langsam ausbreitete und einen Fortsatz nach dem Nacken und später zur Sternoklavikulargegend hin aussandte. Es kam zuerst zu einer Rötung der Haut, dann zu einer Braunfärbung und Verhornung. Zur Zeit besteht an beiden Seiten des Halses vom Sternoklavikulargelenk bis zum Kieferwinkel und von da schwächer nach der Nackengegend bis fast zur Medianlinie sich fortsetzend eine zum Teil aus einzelstehenden Papeln, zum Teil aus Plaques und Streifen zusammengesetzte Hyperkeratose von schmutzig graugelber Farbe. Außerhalb dieser Stelle besteht eine Hyperkeratose der oberen Ränder beider Ohrmuscheln, eine Braunverfärbung der Haut in der Furche hinter den Ohren und am rechten lateralen Augenwinkel. Gegen einen Nävus spricht der Wechsel der Lokalisation und die früher festgestellten Entzündungsherde. Die ab und zu auftretenden, eigentümlichen, genau symmetrischen Rötungen im Vereine mit der Inkonstanz der Lokalisation der Hyperkeratose sprechen dafür, daß der Fall in das Gebiet der sogenannten ichthyosiformen Erythrokeratosen gehört. *Brocq* teilt diese Erkrankungen in 4 Gruppen ein. Unser Fall gehört zur

Digitized by Google

4. Gruppe, unter der die von *Jadassohn* als Übergangsfälle bezeichneten, vom Gebiete der ichthyosiformen Erythrokeratosen zu den Nävi hinführenden Fälle zusammengefaßt werden. Histologisch fanden sich keine Nävuszellen. Es bestand eine Hypertrophie sämtlicher Schichten der Epidermis, überall konnte eine deutliche Granularschicht und keine Parakeratose festgestellt werden. Im subepithelialen Bindegewebe fanden sich ganz unbedeutende perivaskuläre Infiltrate.

R. I. van Gelder: Pigmentatio reticularis.

Das 20jährige Mädchen hat zahlreiche tuberkulöse Verwandte in der Familie der Mutter. Sie selbst ist seit 4 Jahren wegen einer Lungenerkrankung in Behandlung. Am linken Beine bildete sich seit 2 Jahren ein dunkel pigmentiertes Netzwerk, das sich von handbreit oberhalb des Knies bis handbreit oberhalb des Knöchels ausbreitet. Hauptsächlich an den Knotenpunkten des Netzes sieht man atrophische, livid verfärbte Hautstellen, welche hier und dort ein wenig über das Hautniveau hinausragen und zum Teil einen keloidartigen Eindruck machen. Am rechten Bein findet man ähnliche Verhältnisse, die angeblich erst einige Monate bestehen. An beiden Beinen ist die Begrenzung der netzförmigen Zeichnung ins Gesunde hinein eine unscharfe. Histologisch sieht man nur geringe Abweichungen vom Normalen. Es besteht eine geringe Hyperkeratose und Parakeratose, eine Erweiterung der papillären Blutgefäße, eine Vermehrung des hyalinen Bindegewebes, der Fibroblasten und Chromatophoren, eine geringe Infiltration im subkutanen Bindegewebe. Da nur geringe histologische Veränderungen gefunden wurden, muß man pathologische Veränderungen in den tiefer gelegenen Venen annehmen, welche durch die Exzision nicht erreicht wurden. Diese netzförmigen Zeichnungen werden in der Literatur allgemein als Livedo bezeichnet. Der Ausdruck müßte durch das gute lateinische Wort Livor ersetzt werden. Außer diesem Falle konnte ein weiterer Fall beobachtet werden. Es handelte sich um ein 16jähriges Mädchen, bei dem sich netzförmige Pigmentationen an beiden Beinen entwickelten. Im weiteren Verlauf bildeten sich in letzterem Falle Tuberkulide und ein Erythema induratum Bazin aus. Bei dem ersten Fall ist die Ursache der Erscheinung wahrscheinlich in Tuberkelbazillentoxinen und in der Einwirkung von strahlender Wärme zu suchen.

Strauß: Ein neuer Bestrahlungsapparat.

Für den Sprechstundengebrauch sowohl, als auch für oft zu wiederholende Dauerbestrahlungen in der Wohnung bettlägeriger Kranken hat sich der Bestrahlungsapparat Calorilux sehr bewährt, der ein gemischtes, im wesentlichen aus therapeutischen Strahlen von der Wellenlänge 700—712 bestehendes Licht aussendet. Da der Reflektor in einen als schlechter Wärmeleiter dienenden Holzkasten eingebaut und verschiebbar ist, kann man das Licht sowohl parallel als auch divergent ausstrahlen lassen. Eingehende Besprechung der zahlreichen Indikationen in Dermatologie, Venerologie und Urologie.

E. Zurhelle: Demonstration klinischer und histologischer Befunde bei experimentellen Untersuchungen über die Einwirkung von Kölnischem Wasser.

Demonstration von Diapositiven, aus denen die verschorfende Wirkung im klinischen und histologischen Bild deutlich hervorgeht. In einem Fall schloß sich an die Verschorfung nach einiger Zeit Pigmentierung an.

W. L. L. Carol: Chronische Pyodermie.

Es handelt sich um eine 58jährige Witwe. Januar 1925 zeigte sich eine Schwellung an der rechten Mamma, die vom Hausarzte inzidiert wurde. Unter

Digitized by Google

der Behandlung verschiedener Ärzte und Kurpfuscher verschlimmerte sich die Erkrankung, so daß im Juli 1926 wegen Karzinom die Brust operiert wurde. Das Präparat wurde nicht untersucht. Im Juni 1927 kam Patientin wegen Rezidiv wieder in ärztliche Behandlung. Es bestand damals eine schmutzige, granulierende Fläche mit erhabenem, rotpigmentiertem, leicht unterminiertem Rand in einer Größe von 10 zu 14 cm. In der rechten Achselhöhle befand sich eine kleinapfelsinengroße feste Schwellung, die an einigen Stellen mit der Haut verwachsen war und fistelte. Unter Röntgenbestrahlung und Jodkali keine Besserung. Deshalb Exzision des Tumors, der starke Verwachsungen mit dem Nervenplexus zeigte. Es entstand ein großer Defekt, der mit *Thierschschen* Transplantationen gedeckt wurde. Histologisch fand sich Hyperkeratose, Epithelwucherung, kein Tiefenwachstum. Im Bindegewebe dichtes Infiltrat, das hauptsächlich aus Plasmazellen und polynukleären Leukozyten bestand. Subepitheliale Abszesse, Endarteriitis obliterans, Periarteriitis in tuberkulidem Bau. Färbung nach *Levaditi* und *Ziehl-Neelsen* negativ. Die Patientin wurde antiluisch mit Neosalvarsan behandelt (4,05 g). April 1928 entstand ein kleines Randrezidiv. Wa.R. und S.G. waren negativ. Bei Impfungen wuchsen nur Staphylokokken und einmal ein Kapselbazillus, der aber mit dem Serum nicht reagierte. Die Diagnose tertiäre Syphilis, die vorher gestellt worden war, ließ sich nicht aufrecht erhalten. Vor 4 Wochen entstand bei der Patientin ein Abszeß auf dem linken Fußrücken, woraus sich Staphylokokken züchten ließen. Tuberkulose konnte an keinem Organ festgestellt werden. Auf Grund dieser negativen Resultate, des klinischen Bildes (serpiginöse Ulzerationen an der sternalen Seite der Operationsnarbe, Eiterung, erythematöse Zone, Abszeß am Fußrücken), des Krankheitsverlaufes und des histologischen Befundes wurde die Diagnose Pyodermia chronica progressiva gestellt.

J. J. Bloemen: Epidermolysis dystrophica in 3 Familien.

Es werden 4 Patienten aus 3 mit dieser Erkrankung behafteten Familien mit ihren Stammbäumen vorgestellt. Nach Besprechung der Krankheitserscheinungen und der differentialdiagnostischen Merkmale gegenüber der Epidermolysis bullosa hereditaria (mechanica simplex), wobei bei letzterer der dominante Erbgang, bei ersterer rezessive Vererbung angenommen wurde, werden die einzelnen Fälle besprochen. Es zeigt sich, daß bei 2 Familien deutlich dominanter Erbgang in mehreren Generationen vorliegt. In keiner der Familien bestanden konsanguine Ehen. Die Frage nach dem Zusammenhang mit anderen Dermatosen ist von großer Bedeutung. Psoriasis wurde bei der einen Familie in einem Drittel der Fälle angetroffen. Bei der anderen Familie wurde in einem Fall die Duhringsche Krankheit beobachtet. Diese Erkrankungen scheinen nur zufällig vorgekommen zu sein. Vortragender weist auf den Fall von *Curtius* und *Strempel* hin, bei dem ebenfalls dominanter Erbgang in 3 Generationen gefunden wurde. In letzterer Familie kam gleichzeitig Morbus Recklinghausen vor.

S. Mendes da Costa: 2 Patienten mit Pringlescher Krankheit.

Bei beiden Patienten trat die Krankheit schon in jungen Jahren auf. Man findet bei beiden hämangiomartige kleine Tumoren im Gesicht mit besonderer Anhäufung an den Nasolabialfalten. Über dem oberen Teil des Körpers findet man flache Erhabenheiten von verschiedener Form, Größe, Konsistenz, Farbe und Oberflächenbeschaffenheit. Die Oberfläche kann glatt, gefaltet, chagrinlederartig und ganz unregelmäßig sein. Dazwischen findet man schlaffe und gestielte Gewächse (Mollusca pendula). Sie sind platt gedrückt, hautfarbig

Digitized by Google

oder grau, blaß oder selten auch rot gefärbt. Bei beiden Patienten besteht heftiges Jucken, das nach Röntgenbestrahlung etwas gebessert werden konnte. Der Patient leidet an Kopfschmerzen und Schwindel und gelegentlichen Bewußtseinsstörungen (epileptiforme Anfälle). Der andere hat am harten Gaumen einige blasse, stecknadelkopfgroße Knötchen. Bei beiden finden sich Veränderungen am Augenhintergrund. Während der eine im rechten Auge an der temporalen Seite einen großen weißen Tumor zeigt, finden wir beim anderen im linken Fundus die Papilla nervi optici überragend eine weiße, blasenartige Geschwulst. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Zyste. Es bestehen keine Erkrankungen der inneren Organe. Die Familienanamnese ist ohne Besonderheiten. Histologisch findet man in den kleinen Tumoren lockeres Bindegewebe mit ziemlich vielen Blutgefäßen. In einem Knötchen des Gesichts fand sich eine Talgdrüse von normalem Bau. Nervensustanz wurde nicht gefunden. Elastisches Gewebe wurde im Korium festgestellt. Die Papillen sind frei. Nach *Carol* sind diese Hautveränderungen als Hamartome zu bezeichnen, wonach bei den besprochenen Fällen die Tumoren des Gesichts als angiofibröse Hamartome bezeichnet werden müßten. Die Pringlesche Krankheit ist nur Teilerscheinung der Krankheit, die *Bourneville* 1883 als tuberöse Sklerose beschrieben hat. Bezüglich der Differentialdiagnose gegenüber Recklinghausenscher Krankheit ist wichtig, daß bei der Bournevilleschen Krankheit in den Hautgeschwülsten kein Nervengewebe gefunden wird.

C. Gutmann: Demonstration aus dem Kapitel der Hautamyloidose.

Kurze Besprechung von 2 Fällen lokaler Hautamyloidose an Hand von Diapositiven und mikroskopischen Zeichnungen, nämlich erstens des in der Festschrift für *E. Hoffmann* beschriebenen (Derm. Ztschr. Bd. 53, 1928) und zweitens eines neuen, von dem ersteren in mancher Beziehung abweichenden Falles, der zugleich die 5. eigene Beobachtung auf diesem Gebiet ist. Es handelt sich hier um einen 60jährigen Herrn, der ein seit etwa 1½ Jahren sich entwickelndes und langsam weiter sich ausbreitendes Hautleiden hat, ohne dadurch nennenswert belästigt zu werden. Das Allgemeinbefinden bisher ungestört; innnere Organe nicht nachweisbar erkrankt. Lokalisation: Beugefläche beider Vorderarme oberhalb der Hand, Gegend und Umgebung beider Fußgelenke, Fußrücken bis zum Fußrand und Dorsalseite der Zehen. Es besteht also eine weitgehende Symmetrie hinsichtlich des Sitzes der Affektion, nur sind linker Vorderarm und rechter Fuß wesentlich stärker ergriffen. Die hervorstehendsten klinischen Merkmale sind blaß bis lividrote Verfärbung mehr oder minder großer Hautpartien von unregelmäßiger Form, und in ihrem Bereich, vor allem aber abseits davon, mehr oder minder zahlreiche stecknadelspitz- bis kleinstecknadelkopfgroße, kaum erhabene und fühlbare Fleckchen von etwa braunroter Farbe. Oberhaut nirgends mit Sicherheit verändert. Die mehr diffus veränderten Hautstellen sind häufig der Sitz von oberflächlichen, prallen Blasen wechselnder Größe. Histologischer Befund: Epidermis unverändert, oder doch höchstens die ersten Anfänge einer Akanthose und Hyperkeratose aufweisend. Im Bereiche der kleinen Fleckchen ausnahmslos Ablagerung von Amyloid im Papillarkörper, aber auch in den allerobersten Schichten der Pars reticularis in wechselnder Menge. Daneben meist recht erhebliche, im wesentlichen lymphozytäre, Zellinfiltration, nicht selten so angeordnet, daß die Hauptmasse des Amyloids von ihr und der Epidermis eingefaßt erscheint. Amyloid findet sich aber auch außerhalb dieser Fleckchen im Bereiche sonst scheinbar völlig intakter Haut, in besonders ausgesprochener

Digitized by Google

Weise in Schnitten von mehr diffus erkrankten Hautstellen, wo oft kaum eine einzige Papille in der ganzen Ausdehnung eines Schnittes völlig amyloidfrei gefunden wird. Alles weitere über den Fall, insbesondere die Frage seiner Zugehörigkeit zu den früher beschriebenen wird anderweitig erörtert werden.

M. Nijkerk: Mit Grenzstrahlen behandelte Patienten.

Als Maß wurde das Erythem angewandt, das nach 40 Minuten Bestrahlung bei 10 cm Fokus-Haut-Abstand 10. Mill. Amp. und 6 K. V. effektiv nach 8 Stunden auftrat. Patienten mit Ekzem, Lichen Vidal, Lichen ruber planus wurden mit sehr gutem Erfolge behandelt. Im allgemeinen wurde pro Feld eine halbe Erythemdosis gegeben. Bei Lichen ruber planus wurde ein Fall mit Bestrahlung des Sympathikus (Methode *G. Gouin*) behandelt. Nach 2 Bestrahlungszyklen guter Erfolg.

M. Nijkerk: Untersuchungen mit Woodlicht.

Besprechung der durch Woodlicht bei manchen Körpern entstehenden Fluoreszenz. Von *Peck-Montpellier* wurde dieses Licht zum ersten Male 1925 zur Diagnose der Pilzerkrankung angewandt. Wenn man nach Röntgenepilation im Woodlicht keine Effloreszenzen mehr sieht, kann man die Heilung von Haarpilzerkrankungen aussprechen.

D. Muys: Trichotillomanie.

Im Bett steckt das 4jährige Kind den rechten Daumen in den Mund und zupft sich dann mit der linken Hand die Haare aus der Schläfengegend. Das Kind begann schon in einem Alter von 6 Monaten damit. Wurden die Haare ganz kurz geschnitten, zupfte das Mädchen mit der linken Hand die Wollhaare aus der Decke und am Tage aus der Tischdecke, während sie dabei immer den rechten Daumen im Munde hatte. Es besteht kein Jucken. Das Kind ist geistig normal. Ihr Zwillingsschwesterchen lutscht ebenfalls den Daumen, zupft sich aber keine Haare aus. Keine Nervenkrankheiten in der Familie. Da die Haare nicht auf einmal ausgezogen werden, findet man Ersatzhaare verschiedenen Alters.

C. Postma: Angioma planum extensum.

Es handelt sich um einen 45jährigen Postschaffner, der immer eine rote Gesichtsfarbe hatte. Aus unbekannter Ursache wurde die Verfärbung während der letzten 3 Jahre dunkler und auch die Haut der Arme und des Rumpfes verfärbte sich rot. Seit kurzem geht diese Verfärbung auf die unteren Extremitäten über. Kein Jucken, kein Nasenbluten, keine früheren Erkrankungen, keine Hautkrankheiten in der Familie. Man sieht auf der symmetrisch erkrankten Haut eine große Anzahl Angiome der verschiedensten Größe. Im Gesicht und auf der Brust sind sie diffus zusammengeflossen. An anderen Stellen treten sie punkt- und streifenförmig auf. Durch Fingerdruck tritt an einigen Stellen der erkrankten Haut Blutleere auf, an anderen hingegen nicht. Hautmikroskopisch lassen sich normale Blutkapillaren nicht feststellen. Die Angiome der Brust erweisen sich als unregelmäßig große, dicht zusammenstehende, hell- bis dunkelrote Bluträume, deren Form kugelförmig oder langgestreckt ist. Sie sind scharf begrenzt. Pulsation sowie Blutbewegungen anderer Art lassen sich innerhalb der Bluträume nicht feststellen. Die Erkrankung schreitet fort. Gleichzeitig besteht eine Dekompensation mit Erweiterung des Herzens und mit Ödem der unteren Schenkel. Symptome von Syphilis sind nicht zu finden.

Digitized by Google

C. Postma: Spoonnails.

Der 30jährige Patient arbeitet seit 4 Jahren in einem Eierkohlenbetrieb, in dem er mit seinen Händen häufig in eine warme Pechmasse hineinfassen muß. In den letzten Monaten änderte sich die Form der Fingernägel, die konkav wurde und ein schüsselförmiges Aussehen bekam. Diese Deformität ist als Koilonychie bekannt. Der Rand der Nägel zeigt Einrisse, eine subunguale Hyperkeratose fehlt.

K. Edel: Erythema pernio.

Das 21jährige Mädchen zeigt an den Händen und in geringerem Grade an den Füßen zyanotische Verfärbungen mit Hautverdickungen, so daß an den Fingern umschriebene Knoten bestehen. Die Haut der Hände und Füße ist kühl. Im Winter sind die Knötchen stärker und ulzerieren. Im übrigen ist die Patientin gesund. An der Haut des Unterschenkels finden wir dieselbe Schwellung mit blauroter Verfärbung, am deutlichsten an den Knöcheln und unter dem Knie. Zur Zeit fühlt man keine zirkumskripte Knoten. In den letzten Jahren ist diese Erkrankung sehr häufig geworden, und da sie fast nur bei Frauen vorkommt, muß man Modeeinflüsse (kurze Röcke und dünne Strümpfe) und die hierdurch stärkere Einwirkung der Kälte beschuldigen. Die histologischen Veränderungen der Erythrocyanosis gleichen denjenigen des Perniogewebes, nur gehen letztere tiefer in die Subkutis hinein. Neben der Kälte spielt das bei den Frauen vorhandene Fettgewebe eine Rolle, das die Hautgefäße auseinanderdrängt, wodurch das Stromgebiet vergrößert wird. Ferner zeigen die Patientinnen fast immer Erscheinungen eines empfindlichen autonomen Nervensystems (Hyperhidrosis der Hände und Füße, Herzklopfen, leicht auftretendes Erythema pudoris).

Th. M. van Leeuwen: Demonstration von Moulagen eines Falles von Acrodermatitis continua Hallopeau und eines Falles von Ulcus phagedaenicum s. tropicum.

Die seit mehreren Jahren bestehende Acrodermatitis continua der Patientin wurde mit Kal. permanganicum und hochprozentigen Schwefelsalben schnell geheilt.

Memmesheimer (Bonn).

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Dermatologie.

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie. Bakteriologie.

Wollheim und *Moral:* **Kapillarmikroskopische Untersuchungen über die Temperaturreaktionen der peripheren Gefäße.** M. K. 1926, 52.

Verfasser haben die *Weiß*schen einschlägigen Versuche in der Art modifiziert, daß sie den Wiederbeginn der am Nagelfalz abzulesenden Kapillarströmung erst unter normalen Verhältnissen, dann nach Eintauchen der Hand in kaltes und drittens nach ihrem Eintauchen in warmes Wasser prüften. Dabei zeigt sich, daß normaliter die Kältewirkung rascher abklingt als die der Wärme. Bei temperaturempfindlichen Versuchspersonen ist in beiden Fällen keine Zeitdifferenz zu finden. Nach kalten

Digitized by Google

wie heißen Handbädern beginnt hier die Kapillarströmung nach dem gleichen Zeitintervall. Weiter ließ sich feststellen, daß bei kälteempfindlichen Personen nach heiß-kalten Wechseldouchen sich die Kapillarströmung dem gesunden Zustande nähert. Es tritt also Zeitdifferenz ein. Man hat hier also wenigstens schon ein objektives Untersuchungsverfahren, das es ermöglicht, den Wert therapeutischer Maßnahmen hinterher festzustellen. *Siegfried* (Aachen).

S. Bettmann: **Kapillarmikroskopische Untersuchungen in der Dermatologie.** D. W. 1927. Nr. 47.

Die Kapillarmikroskopie, die sich mit den Regulierungsmechanismen des peripherstenGefäßabschnittes befaßt, ermöglicht es in einer Anzahl von Fällen, sonst nur durch histologische Präparate zu gewinnende Feststellungen beim Lebenden mit dem Hautmikroskop zu machen. Das Kapillarbild bietet die bessere Möglichkeit, Strömungs- und Füllungsverhältnisse, Zoneneigentümlichkeiten und Randverhältnisse zu studieren, die Architektureigentümlichkeiten des Papillarkörpers und die Richtungen der tieferen Gefäße aufzudecken. Von Bedeutung sind die Differenzen von Erythemen und die Auswertung von klinisch erfaßbaren Färbungsnuancen. Besonders wichtig ist die Untersuchung der Bestrahlungsreaktionen, die Prüfung auf Strahlenempfindlichkeit und die Erkennung der Gewebsschädigung. Bei Reaktionsversuchen, wo es sich um Vergleiche handelt, die eine subjektive Beurteilung erschweren, wird die Photographie entscheiden. *Schreyer* (Berlin).

G. Falchi: **Untersuchungen über die Leberfunktionen beim Ekzem.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 704.

Falchi prüft bei Ekzemkranken die Leberfunktionen und zwar die Biligenese, die Glykogenese, die eiweißverdauende und antitoxische Funktion. Untersucht wurden 96 Patienten, 55 Männer und 41 Frauen, mit Ekzemen in verschiedenen Stadien. Bei Feststellung der Biligenese erfolgte der Bilirubinnachweis nach *Van den Bergh*, das Urobilin wurde nach *Schlesinger*, das Urobilinogen nach *Ehrlich* festgestellt. Die Glykogenese wurde durch die provozierte Glykosurie, die eiweißverdauende Funktiom durch die Vidalsche Probe bestimmt.

Aus den Untersuchungen folgte, daß bei 40% der Ekzematiker eine Veränderung der Leberfunktionen festzustellen war und zwar besonders hinsichtlich der biligenetischen und glykogenetischen Funktion. Es besteht ein sicherer Parallelismus zwischen der Störung der Leberfunktion und der Nierenpermeabilität. *Fritz Juliusberg* (Braunschweig).

A. Poehlmann: **Psoriasis und Blutgruppe.** Münch. med. Woch. Nr. 28, 1927.

Verfasser stellte Blutgruppenuntersuchungen bei Hauterkrankungen an und konnte feststellen, daß die Individuen der Blutgruppe 0 eine besondere Disposition zu Psoriasis besitzen. Würde sich diese Beobachtung als gesetzmäßig erweisen, so wäre verständlich, weshalb die „Disposition" zu Psoriasis von Generation zu Generation vererbt wird.

J. Weinstock-(Charlottenburg).

Digitized by Google

Götz: **Beiträge zur Kenntnis der Überempfindlichkeit. 4. Oxyuren-Allergie. M. K. 1927, 48.**

28jährige Patientin, die seit langer Zeit an anfallsweise auftretendem Schnupfen leidet. Hohe Eosinophile des Blutes führt auf Verdacht von Oxyuren. Oxylaxabführkur läßt Anfälle schlagartig verschwinden und Sensibilisierungsversuch der Haut mit wässerigem Oxyurenextrakt zeigt deutliche Urtikariaquaddel. *Siegfried* (Aachen).

Samson: **Beiträge zur Kenntnis der Überempfindlichkeit. Asthmaerzeugung durch Prüfung der Haut auf Allergie. M. K. 1927, 14.**

18jähriges Mädchen, das alljährlich an Heuschnupfen leidet, wird zur generellen Prüfung der Hautempfindlichkeit mittels Hautskarifikation auf verschiedene Allergene geprüft; dabei ergibt sich, daß außer dem erwarteten starken Heuschnupfen auch ungewöhnlich große Urtikariaquaddeln und vor allem unter bedrohlichen Oppressionserscheinungen auch Asthma sich einstellt, während die Kranke bislang immer nur an Schnupfen litt. Verfasser sieht in den bisherigen Schleimhautreaktionen eine natürliche Barriere des Körpers gegen das Vordringen des Allergens in den Organismus. Diese Barriere wird gesprengt durch die künstliche Einbringung des Giftes vermittels Skarifikation, daher ungewohnte Auswirkung des Allergens in starker Urtikaria und Asthma. *Siegfried* (Aachen).

F. Samberger-Prag: **Über Idiosynkrasie der Haut.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 23 und 24. 1927.

In den theoretischen Erklärungen über die Hautidiosynkrasie standen sich bisher zwei Anschauungen gegenüber. Die einen verlegten den Ausgangspunkt in Veränderungen an den Blutkapillaren, die anderen in die sensiblen Nervenendigungen der Haut. Verf. entwickelt nun seinen Standpunkt. Die Kapillaren haben eine doppelte Aufgabe, erstens die der Blutversorgung, zweitens den der Lymphsekretion. Die Hautlymphe ist kein Transsudat, sondern ein Sekret. Dem Wesen entsprechend besitzt der blutversorgende Apparat eine sehr leichte Ansprechlichkeit, dagegen der lymphproduzierende nur eine geringe. Die Lymphproduktion ist nicht dauernd konstant, sondern richtet sich nach dem Bedarf der Gewebe an ihr. Kommt es zu einer Überproduktion an Lymphe, so richten sich die Erscheinungen der Haut darnach, ob diese Überproduktion plötzlich einsetzt, sich über größere Gebiete erstreckt oder langsam und dauernd erfolgt. Bei plötzlicher Überproduktion entsteht eine Blase, die bald abheilt, wenn die Überproduktion schnell aufhört; besteht diese längere Zeit, so bilden sich nässende Exkoriationen und Borken aus eingetrockneter Lymphe. Kombiniert sich diese Lymphhypersekretion in den Papillen dauernd mit einer oberflächlichen Entzündung der Haut, so entsteht daraus das Ekzem. Je stärker die Lymphkomponente ist, desto mehr tritt die Dermatitis dem eigentlichen Ekzem gegenüber in den Hintergrund. Es gibt nun pflanzliche und tierische Säfte, die eine spezielle Affinität zu dem lymphproduzierenden Apparat der Haut besitzen (Primel, Laus). Die eigentliche Produktion der Lymphe steht nun außerdem unter dem Einfluß des Nervensystems. Diese Nervenfasern bestehen nun nicht aus den eigentlichen sensitiven Fasern, sondern aus denen, die uns das Juckgefühl übermitteln. Diese Nervenfasern sind viel empfindlicher als der lymphogene Apparat und bilden für unsere Haut eine Schutzeinrichtung. Der Saft der Brennessel, der nicht in jedem

Digitized by Google

Fall eine Urtica erzeugt, ruft aber auf der Haut ein intensives Juckgefühl hervor.

Die Haut eines Idiosynkratikers unterscheidet sich von der Haut eines normalen Menschen nicht etwa qualitativ, sondern nur quantitativ; sein lymphbildender Apparat ist im ganzen oder in Teilfunktionen stärker empfindlich als normal. Diese Überempfindlichkeit ist meist nicht angeboren, sondern tritt manchmal nur passager auf; in den meisten Fällen beruht sie auf gastri-intestinalen Störungen, deren Grund bereits in der Säuglingszeit durch Ernährungsstörungen gelegt worden ist. Meist ist die Überempfindlichkeit nicht monovalent, sondern polyvalent. Es gibt nun Stoffe (Primelsaft und wahrscheinlich auch Streptokokkentoxine), die so starke lymphagogene Substanzen besitzen, daß fast alle Menschen auf sie mit einer erhöhten Lymphsekretion reagieren.

Diese theoretischen Studien sind nicht ganz müßig, denn sie zeigen uns, daß unser Bestreben darauf gerichtet sein muß, Stoffe und Mittel zu finden, die bei den diesbezüglichen Dermatosen eine Herabsetzung der Lymphproduktion herbeiführen. Wahrscheinlich besitzt das Pellidol solche Eigenschaften. *Krüger* (Sagan).

B. Dujardin und *N. Decamps:* **Beitrag zur Pathogenese der Dermatosen.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 11. 1926.

Nachdem die Verfasser in früheren Arbeiten die Allergie und die pexischen Reaktionen zum Gegenstand ihrer Untersuchungen genacht hatten, beschäftigen sie sich jetzt mit der *Anaphylaxie*, *Heteroallergie* und *Hyperpexie*. Die der *Anaphylaxie* durch Einführung bestimmter Substanzen in die Säfte zugrunde liegende Störung wird in einer Störung des kolloidalen Zustandes der Säfte (Kolloidoklasie Widals) gesucht; sie kann durch Proteinkörper, organische Stoffe (Salvarsan) und anorganische (Quecksilbercyanid) hervorgerufen werden entweder unmittelbar nach Einführung eines Antigens, wogegen der Körper bereits Antikörper gebildet hatte, oder 8—10 Tage nach Einführung eines bis dahin unbekannten Antigens durch die inzwischen gebildeten Antikörper oder unmittelbar nach Einführung einer nicht als Antigen wirkenden Substanz, die von vorne herein in den Säften eine der Anaphylaxie ähnliche kolloidale Störung hervorruft. Bei der Frage der *Heteroallergie* wird zunächst die *Allergie* gestreift, die als lokale Äußerung davon zu bezeichnen ist, daß das Individuum sich in einem Zustande der Anaphylaxie befindet. Nun ist erwiesen, daß die Anaphylaxie keineswegs spezifisch allein gegen das sensibilisierende Antigen gerichtet ist. So gibt es auch eine unspezifische Allergie: eine syphilitische kann heteroallergisch sein und Erythema induratum Bazin aufweisen; eine spezifische Behandlung unterdrückt die syphilitische Allergie und kann genügen, die begleitende heteroallergische Tuberkulose zur Heilung zu bringen.

Unter *Hyperpexie* wird der Zustand eines aktiv entzündeten oder entzündet gewesenen Gewebes bezeichnet, in dem es befähigt ist, verstärkt und verlängert Proteine, Toxine oder selbst mineralische Stoffe zu fixieren; es handelt sich also um eine Sensibilisierung, welche aus dem veränderten Bezirk für toxische Substanzen gleichsam einen pexischen Blitzableiter macht. *E. Zurhelle* (Bonn).

Digitized by Google

J. S. Laughlin: **Skin tests in patients with asthma. Hautimpfversuche bei Asthmatikern.** Philadelphia. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 11.

In den letzten 6 Jahren wurden in der Asthmaklinik des Jefferson-Hospitals 1281 Patienten mit nach der Cocamethode hergestellten Extrakten intradermal geimpft. Extraktmenge 0,01—0,02 ccm. Impfstelle: Außenseite der Arme. Die Ablesung erfolgte nach 10—15 Minuten. Je nach Grad der Reaktion wurde diese als ++++, ++, +, leicht positiv bzw. negativ bezeichnet. Bei positivem Resultat zur Kontrolle 2—3fache Nachimpfung. Im ganzen wurden 23725 Testversuche ausgeführt; von diesen waren 2780 (11,3%) positiv. Die meisten positiven Resultate zeigten sich nach Anwendung eines Extraktes aus Hausstaub (63%) und Hühnerfedern (19%), die wenigsten nach einem solchen aus Seide (2,4%) und aus Fischleim (0,7%). Einzelne Fälle wiesen wohl positive Reaktionen, aber keine asthmatischen Erscheinungen auf. Hier ist eben nur die Haut überempfindlich. *Röntz* (Bonn).

Sirota und *Rabinowitsch:* **Über den Zusammenhang zwischen Hautkrankheiten und dem inkretorischen und vegetativen Nervensystem.** Russky Westnik Dermatologii 1926. Nr. 10.

Durch Pilokarpin- und Adrenalinuntersuchungen stellten Verfasser in einer Reihe von Fällen von Alopec. areata, Psor. vulg., nervösem Hautjucken und in einem Ekzemfall Störungen im vegetativen Nervensystem fest und nehmen bei den innigen Beziehungen zwischen diesen und dem inkretorischen System auch Störungen in letzterem an. *A. Jordan.*

Gedeon Dôczy: **Mit Inkretextrakten angestellte Ninhydrinreaktionen (Lüttge-Mertz) bei einigen Dermatosen.** D. W. 1927. Nr. 49.

Das Abhängigkeitsverhältnis zwischen verschiedenen Hauterkrankungen und den Dysfunktionen der innersekretorischen Drüsen wurde unter Anwendung der Lüttge-Mertzschen, mit 10%igen Inkretextrakten angestellten Reaktion geprüft. In 120 Fällen von Psoriasis vulg. wurden Ausfälle bemerkt: seitens der Hypophyse 95mal, von Thyreoidea 45, von Thymus und Ovarien 40, Nebenniere 3, Hoden 15, Corpus lut. 5mal. Bei Sklerodermie, Darier, Pityriasis rubra pil. und Ichthyosis war nur die Thyreoidea ausgefallen, bei Pigmentanomalien nur die Nebennieren. Bei Quinckeschen Ödemen und Urticaria zeigte sich Insuffizienz der Parathyeroidea und Testes. *Schreyer* (Berlin).

Michael Lang und *Otto Dêr:* **Gelungene passive Übertragungsmethoden bei Arzneiidiosynkrasien.** Münch. med. Woch. Nr. 2, 1927.

Verfasser konnten den Beweis dafür, daß die Arzneiidiosynkrasien eine Antigen-Antikörperreaktion darstellen, durch passive Übertragungen einer Chininidiosynkrasie auf Meerschweinchen und Kaninchen erbringen. Es kam bei einem Versuchstiere bei vorheriger intrakutaner Injektion von 0,2 ccm einer 5%igen Chinin. bisulf.-Lösung und nach 6 Stunden folgender intravenöser Gabe von 5 ccm Krankenserum zu einem typischen anaphylaktischen Schock mit sofortigem Exitus, bei einem anderen Tiere, bei dem erst der Antikörper (Krankenserum) und dann das Antigen zugesetzt war, zu anaphylaktischen Erscheinungen und Tod am 15. Tage post injectionem. *Weinstock* (Charlottenburg).

Digitized by Google

Scomazzoni, T.: **Das Verhalten des vegetativen Nervensystems bei auf Sensibilisierung zurückzuführenden Hautkrankheiten.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 747.

Bei verschiedenen Hautkrankheiten allergischer Natur, bei denen die Allergie durch Kutisreaktionen und positive Herdreaktionen für die sensibilisierende Substanz gesichert war, hat *Scomazzoni* systematisch das Verhalten des vegetativen Nervensystems während des ganzen Verlaufes der Dermatose bis zur Heilung mittelst subkutaner und intrakutaner Verabreichung von Adrenalin, Pilocarpin und Atropin, durch Prüfung des Dermographismus, durch physikalische Untersuchungen bei Bestrahlungen, durch die Prüfung der Pigmentbildung untersucht.

Die Untersuchung des Verhaltens des vegetativen Nervensystems ergab, daß zwar in der Majorität der Fälle von Allergie ein Zustand von Vagotonie besteht, aber zur Bildung eines Zustandes der Sensibilisierung und zum Auftreten allergischer Reaktionen nicht absolut notwendig ist, denn es kann auch eine Allergie bestehen, wenn der Sympathikus normal funktioniert. Wichtiger ist, daß bei allen diesen Fällen konstant ein Labilitätszustand des vegetativen Nervensystems vorhanden war, charakterisiert durch auffallende und häufige Schwankungen in der Intensität der einzelnen pharmakodynamischen, mechanischen und physikalischen Untersuchungsmethoden. *Fritz Juliusberg* (Braunschweig).

Nardelli, L.: **Versuche mit einigen pharmakodynamischen Kutisreaktionen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 643.

In Tabellenform mitgeteilte Befunde bei Ekzemen, Psoriasis, Alopecia areata, Urticaria acuta u. chron., Vitiligo, Akrocyanosis usw. Aus diesen Tabellen, welche in schematischer Form nur die vollständigen Befunde mitteilen, ergibt sich im allgemeinen keine Regelmäßigkeit der Beziehungen zwischen dem allgemeinen neurotonischen Zustand und der Reaktion der Haut auf die pharmakodynamischen Prüfungen; es ist nicht sicher, worauf diese mangelnde Übereinstimmung zu beziehen ist; nach Ansicht von *Nardelli* ist es am wahrscheinlichsten, daß es sich um rein lokale Reaktionen handelt, welche nur von vorübergehenden nervösen, terminalen, vasalen und zellulären Bedingungen abhängen.

Fritz Juliusberg (Braunschweig).

E. Lehner und *E. Rajka:* **Die Veränderung der entzündlichen Hautreaktion nach wiederholter Injektion allergenartiger Substanzen in dieselbe Hautstelle. Über die künstliche Sensibilisierung der Haut.** Krankheitsforschung Bd. V, S. 57, 1927.

Wiederholte Injektionen entzündungserregender Stoffe in ein- und dieselbe Hautstelle weisen einen bestimmten Reaktionstypus auf, wie in früheren Arbeiten gezeigt werden konnte. Bei einer bestimmten Gruppe von Körpern zeigte sich, daß außer der Sofortreaktion mehrere Stunden nach Abklingen der Sofortreaktion sich Spätreaktionen entwickelten. Außerdem entstanden in diesen Fällen Spätreaktionen auch an den ferngelegenen Stellen der Haut, ein Beweis, daß es gelungen war, die Haut solcher Personen diesen Stoffen gegenüber künstlich zu sensibilisieren. Bei Versuchen mit Tuberkulin, Ektebin und Luetin gelang es, die Versuchspersonen in einem großen Prozentsatz der Fälle zu sensibilisieren. Auch Versuche mit Trichophytonextrakten zeigten dasselbe. Mit Aolan

Digitized by Google

gelang es, den Organismus auch anderartigen Stoffen gegenüber zu sensibilisieren (polyvalente Sensibilisierung). Schwächere Sensibilisierungen entstanden nach Dick-Test und nach Gonovaccinen. Mit Morphium, Atropin, Pepton, Histamin, Coffein gelang in keinem einzigen Falle eine allgemeine Sensibilisierung der Haut. In einzelnen Fällen gelang eine Sensibilisierung mit Cignolin. Die Sensibilisierung trat bei allen Stoffen nach einer bestimmten Inkubationszeit auf und zeigte sich zuerst an den wiederholt behandelten Herden nach der 2. bis 3. Behandlung. Die Dauer der Sensibilisierung betrug bei den durch Ektebin, Trichophytonextrakt und Aolan sensibilisierten Personen wenigstens 6 Wochen. Die Verfasser nehmen an, daß der sensibilisierte Stoff sich auf dem Wege der Lymphbahnen in der Umgebung der wiederholt behandelten Stelle verbreitet und dann durch Vermittlung des Blutkreislaufes an entfernt gelegenen Hautstellen gelangt. *Memmesheimer*-Bonn.

M. Scopesi: **Über einen Fall von besonderer Hautempfindlichkeit gegen chemische und physikalische Reize.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1459.

Scopesis Patient, 67 Jahre alt, der vor 4 Jahren nach Beschäftigung mit reizenden Substanzen (Säuren) ein akutes Ekzem der Arme und Hände durchgemacht hatte, bekam nach Anwendung von Zugpflaster und einer ableitenden Salbe eine schwere Dermatitis mit Blasenbildung und Nekrosen. Nach der Abheilung, die mit Narbenbildung zustande kam, Auftreten einer auf die narbigen Stellen beschränkten Purpura. Der Patient zeigte auch gegen Röntgenbestrahlungen in relativ geringen Dosen eine Überempfindlichkeit: schon nach ½ Erythemdosis Auftreten eines Erythems mit folgender Ulzerationsbildung.

Fälle einer solchen Überempfindlichkeit sind allerdings sehr selten, aber ihr Vorkommen mahnt den Dermatologen und Röntgenologen zur Vorsicht. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

E. Danilewskaja: **Die Reaktion der Haut auf chemische und mechanische Reize.** Russkij Westnik Dermatologii 1927. Nr. 8.

Die Haut mit rotem Dermographismus reagiert stärker auf chemische und mechanische Reize als die Haut mit weißem Dermographismus. Krankheiten, welche nach dem Verf. auf inneren Ursachen beruhen, wie Ekzem, Psoriasis vulg., Prurigo, Pruritus nervosus reagieren ein wenig stärker auf chemische und physikalische Reize, als solche Hautkrankheiten, welche, wie Favus, Sykosis, Syphilis, Lupus vulgaris auf äußeren Ursachen beruhen. Öfters begegnet man einer erhöhten Hautüberempfindlichkeit einem, als verschiedenen chemischen Stoffen gegenüber. Besonders erhöht ist die Empfindlichkeit der Haut bei Ekzematikern. *A. Jordan.*

Saslawsky: **Über morphologische Veränderungen des Blutes bei einigen Hautkrankheiten.** Venerologia u. Dermatologia 1928, Nr. 1.

Im akuten Stadium einer Reihe von Dermatosen ist die Lymphozytenzahl meist normal, im chronischen Stadium dagegen oft erhöht. Besonders steigert sich die Lymphozytose, in einigen Fällen auch die Zahl der Eosinophile, zum Schluß der Behandlung. Bei manchen pustulösen Hautleiden kann man aus den Schwankungen der Zahl der eosinophilen Zellen sich ein Urteil über den Verlauf der Krankheit bilden.

A. Jordan.

Digitized by Google

Percival und *Stewart:* **The Calcium content of the blood-serum in skin-diseases. (Kalziumgehalt des Blutserums bei Hautkrankheiten.)** The B. j. o. D. a. S. 1927, 4.

Verfasser bedienten sich der Untersuchungsmethode des Serumkalziumgehaltes nach *Kramer* und *Tisdal,* die diffundible Fraktion des Kalziums wurde eruiert mit Kollodiumfilter. Irgendeine Abhängigkeit des Kalziumgehaltes von Hautkrankheiten der verschiedensten Art wurde nicht festgestellt. Auffallende Kalziumschwankungen scheinen mehr vom Allgemeinstatus abzuhängen, wobei im schlechten Ernährungszustand der Kalziumgehalt sinkt. Auch der Versuch, durch Parathyreoidsubstanz mit konsekutivem Kalziumanstieg kurativ auf Hautleiden einzuwirken, führte zu keinen bindenden Schlüssen. Dazu 12 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

G. Sannicandro: **Der Kalkstoffwechsel und der Mechanismus der Kalkwirkung bei einigen Dermatosen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 705.

Sannicandro kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Bei fast allen untersuchten Hauterkrankungen fanden sich Veränderungen im Kalkstoffgehalt des Blutes; diese Veränderungen waren aber bei identischen Krankheiten nicht uniform und wohl von verschiedenen Ursachen abhängig.

Bei fast allen von entzündlichen Erscheinungen begleiteten Dermatosen ist der Kalk, besonders intravenös gegeben, von Nutzen; er vermindert die Gewebsspannung und wirkt dadurch günstig auf die subjektiven (Brennen, Juckreiz) und objektiven Beschwerden (Entzündung, Ödem, Exsudation). Diesen Einfluß erhält man besonders schnell durch Präparate mit hohem Harnstoffgehalt, wie dem Afenil, wohl durch die große Diffusibilität dieser Substanz.

Der erhöhte Kalkstoffgehalt des Blutes, welchen man durch Darreichung von Parathyreoidin erhalten kann, scheint nicht auf die pathogenetischen Bestimmungen der Gewebe einzuwirken.

Manchmal scheint der veränderte Kalkstoffwechsel auf einer Insuffizienz der Nebenschilddrüsen zu beruhen, welche normal den Kalkgehalt des Blutes und seine Verwertung durch die Gewebe regeln.

Ein normaler oder leicht vermehrter Kalkgehalt schließt diese Insuffizienz nicht aus, welche sich nur in der Verwertung dieses Minerales von seiten der Haut zu äußern braucht.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Haim: **Studien über biologische Reaktionen an der Schweinehaut.** M. K. 1927, 14.

Versuche umfassen 6 Schweine, von denen 2 täglich zum üblichen Futter noch Promonta erhielten. Parenteral zugeführt wurden Lipatren, Blutlipoid und ein sonstiges Lipoidgemisch. Dabei ergab sich, daß die promontagefütterten Tiere gegenüber den 4 anderen länger anhaltende Reizantworten gaben. Kurz vor Ende der Tiere wurden mit 20 verschiedenen Stoffen heterogenster Art intrakutan in Ohrenhaut Quaddelimpfung vorgenommen und die resultierenden Quaddeln histologisch verarbeitet. Die Tiere gaben gegenüber verschiedenen eingespritzten Stoffen teilweise ganz charakteristische pathologisch-histologische Reaktionen, einzelne Tiere aber ließen besondere Eigenreaktionen erkennen, vielleicht infolge

Digitized by Google

besonderer Ernährungsverhältnisse. Auch bei gesunden Schweinen ließen sich in Haut ohne Zuführung lebendiger oder toter Tuberkelbazillen typische Tuberkel erzeugen. *Siegfried*-Aachen.

Burgess: **Intolerance to sugar as a factor in the production of some dermatoses. (Intoleranz gegen Zucker als ein Faktor der Erzeugung einiger Hautkramkheiten.)** The B. j. o. D. a. S. 1927, 5.

Während ausgesprochener Diabetes längst dafür bekannt ist, Dermatosen zu erzeugen, richtet Verf. hier das Augenmerk auf die zuckerintoleranten Kranken, das sind solche, die nur zeitweilig Blutzuckererhöhung zeigen, dabei kann die Zuckerverbrennung noch restlos vor sich gehen in normaler Weise oder aber der Zuckerumsatz kann verzögert sein. Schwangere leiden sehr oft an letzterem Zustand. Bei Kindern ist eine Zuckerüberfütterung weniger gefährlich. Verf. meint, daß ein reichlicher Zuckergehalt des Schweißes, z. B. an Hautfalten, Ursache häufiger Dermatosen sei, weiter genüge auch mitunter eine häufigere Irritation bestimmter immer gleicher Stellen, wie z. B. Tragen einer Armbanduhr, dort Ekzeme zu erzeugen, Wäscherinnen können plötzlich keine Seife mehr vertragen, Ärzte plötzlich keine bislang harmlose Antiseptica. Durch möglichste Zuckerentziehung will Verf. in sehr vielen Fällen gute Heilneigung bisher hartnäckiger Dermatosen erzielt haben. Je mehr ein Kranker sich den fünfziger Jahren nähert und sie überschreitet, um so mehr soll man an Zuckerüberladung des Blutes denken und ihr entgegenwirken. Pruritus senilis, eitrige Hautentzündungen wie Sycosis (und Furunkulose natürlich) sollen bei älteren Leuten auf Zuckerentziehung recht gut heilen. Dazu Liste von 31 Fällen. *Siegfried*-Aachen.

U. Cerchiai: **Das Studium der Alkalireserve des Blutes bei einigen Hautkrankheiten.** Giorn. ital. di Dermatol. Bd. 68. H. 6. S. 1570. 1927.

Kritische Übersucht über unsere Kenntnisse von dem Säure-Basengleichgewicht des Blutes, über den Nachweis der Alkalireserve des Blutes und die Bestimmung des Säure-Basengleichgewichts. Untersuchung der Veränderung der Alkalireserve bei verschiedenen Hautkrankheiten nach der Methode von *Van Slyke*. Es fand sich eine leichte Azidose bei dem größten Teile der Ekzeme und bei allen Psoriasisfällen. Bei einigen Fällen trat mit der Besserung des Hautbefundes eine Verminderung der Azidose ein. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

E. Balbi: **Die Serologie der Hauttumoren.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 2. S. 678.

Balbi hat bei 25 Fällen von Epitheliom der Haut, 9 Fällen von präkanzerösen Zuständen (7 Fällen mit epithelialen Tumoren der inneren Organe mit mehr oder weniger fortgeschrittener Kachexie, 8 Fällen von Gravidität usw.) gleichzeitig die Meiostagminreaktion von *Ascoli* (R. M. S.), die Präzipitin-Meiostagminreaktion von *Izar* (R. M. P.) die *Kahn*sche Trübungsreaktion und die Enzymreaktion angestellt. 1. R. M. S. war positiv bei 2 von 30 Fällen und insbesondere bei 2 Fällen von Kankroiden mit akuter Entwicklung; die positiven Ergebnisse mit der R. M. S. stimmen bei den 2 Fällen mit den Ergebnissen der Enzym- und der *Kahn*schen Reaktion überein. 2. Die *Kahn*sche Reaktion ergab von 34 Fällen zweimal ein positives und achtmal ein zweifelhaftes Ergebnis.

Digitized by Google

3. Die R. M. P. zeigte sich nur einmal leicht positiv, und zwar in Übereinstimmung mit den anderen Reaktionen. 4. Die Enzymreaktion von *Sivori* und *Rebaudi* fiel bei 24 wahren epitheliomatösen Formen 20 mal positiv und 4mal negativ aus. 9 Fälle von präkanzerösen Dermatosen ergaben ein negatives Ergebnis.

Im ganzen ergaben die Versuche, daß die Enzymreaktion bei Trägern von Hautneoplasmen bei 83 % der Fälle positiv ausfällt (bei einer Posivität der M. R. S. von 8,3 %, der R. M. P. von 4,2 % und der *Kahn*schen Reaktion von 8.3 %). Die Reaktion scheint also einen hohen Grad von Spezifität zu besitzen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

N. Melczer: **Über die Menge der Blutphenolasen in den verschiedenen Dermatosen.** Derm. Wo. Bd. 84. Nr. 10. 1927.

Die Untersuchung des Phenolasentiters im Serum von Gesunden und bei verschiedenen Hautkrankheiten ergab positive Ergebnisse. Es stellt sich heraus, daß die Werte bei stärkerer Pigmentation, teils durch Rasseeigentümlichkeit, teils durch intensive Sonnenbestrahlung über die Norm erhöht sind. Die größte Gruppe der Hautkrankheiten (Ekzem, Psoriasis, Akne) ergab keine von der Norm abweichenden Werte. Dagegen war die Abweichung in Form der Herabsetzung des Titers ganz deutlich bei Lupus vulgaris und Lues manifesta. *Krüger*-Sagan.

N. Bobroff und *I. Kogan:* **Vergleichende Bewertung des Haemogramms nach Schilling bei inneren und Hautkrankheiten.** Russkaja Klinika 1927, März.

Die Untersuchungen der Verfasser ergaben, daß die Psoriasis vulg., wie das Ekzema seborrh. ohne besondere Veränderungen des Blutbildes verlaufen, wogegen mit Neutrophilie, Linksschwenkung der Kerne und Leukozytose: das Erysipel, einige Arten von Pyodermie und das Ulcus molle; mit Eosinophilie: Krankheiten mit sehr verschiedener Ätiologie; mit Lympho-Monozytose; der Lupus vulg., der Lupus erythematosis und die Lepra einhergehen. Eine Monozytose wird beobachtet im frühen Stadium der Syphilis. Das Blutbild bei Erythema exsud. multif. und bei Pityriasis rosea ist dagegen wenig charakteristisch. Das Blutbild hat bei akuten Infektionskrankheiten nur einen relativ differentialdiagnostischen Wert und erlaubt bei inneren, nicht infektiösen Krankheiten nur bei einigen derselben von einem diagnostischen Verdacht zu sprechen. Ebenso hat das Blutbild bei keiner einzigen inneren Krankheit, einschließlich Leukämie und perniciöse Anämie, einen absoluten diagnostischen und prognostischen Wert und dasselbe gilt auch für Haut- und venerische Krankheiten. *A. Jordan.*

Thomas Preininger: **Wasserstoffionenkonzentration im Blute bei einigen entzündlichen und nichtentzündlichen Dermatosen.** D. W. 1927. Nr. 49.

Man nimmt an, daß die p_H des Blutes vom Stoffwechsel des Organismus abhängt, und daß ein Zusammenhang zwischen ersterer und den Hauterkrankungen besteht. Untersuchungen an 10 Gesunden und 100 Kranken nach der Methode von *Hollo-Weiß* ergaben Normalwerte zwischen p_H 7,57 und 7,65. Bei Psoriasis und Ekzem, die ätiologisch eine Stoffwechselstörung vermuten lassen, wurden die verschiedensten Ergebnisse erzielt. Psoriasis ergab die obere Grenze übersteigende alkalotische Werte und

Digitized by Google

selten azidotische. Bei der Ekzemgruppe überwogen die azidotischen Fälle. Es wird angenommen, daß die Gewebszellen alle Säuren und Basen nicht zu neutralisieren vermögen, so daß es zur Azidose bzw. Alkalose des Blutes kommt, und hierdurch die Psoriasisempfänglichkeit resp. Ekzembereitschaft des Organismus bedingt werden. *Schreyer* (Berlin).

Rohde: **Entzündung und Wasserstoffionenkonzentration.** D. m. W. 1927. Nr. 9.

Aus den Untersuchungen geht hervor, daß die sauren Zerfallsstoffe im entzündlich infiltrierten Gewebe, solange es noch lebensfähig ist, abgepuffert werden, daß aber das entzündlich infiltrierte Gewebe dabei die Wasserstoffionenkonzentration nicht unter P_H 6,8 zum sauren verschiebt. Bei ungünstigem Verlauf wird dieser örtliche Schutz im Entzündungsgebiete durchbrochen, die Säureüberladung führt zum fortschreitenden Gewebszerfall. *O. Dittrich* (Kiel).

J. F. Kapp (New York): **Über Versuche, die gesunkene Vitalität alternder Oberhaut zu heben.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 3. 1927.

Die wichtigsten Merkmale alternden Epithels sind fehlende oder sehr geringe Mitosenbildung, Abnahme der Gesamtdicke, Abflachung der Papillen und zahlreiche Pigmenteinschlüsse der Epithelzellen. Fast alle Sera sind zytotoxischer Natur, aber in kleinen Dosen gegeben, sind sie doch imstande, eine tatsächliche Kräftigung der Zellen herbeizuführen. Nach langjährigen Untersuchungen konnte Verf. diese Wirkung experimentell nachweisen. Es wird aus Epithelzellen von jungen Schweinen ein Extrakt gewonnen, mit diesem werden Kaninchen subkutan und intravenös immunisiert, dieses so gewonnene Serum wurde zu Versuchszwecken verwandt. Es wird jetzt von der Chemischen Fabrik Dr. *Laboschin A.-G.*, Berlin unter Hinzufügung von Silikaten und Hormonpräparaten als Novipithel hergestellt. Damit gelang es bei alternden Menschen die Haut wieder praller und elastischer zu machen. Es ist also Novipithel als biologisches Kosmetikum anzusprechen. *Krüger* (Sagan).

Hirsch: **Der chemische Nachweis der Harninfektion durch die Nitritprobe nach Weltmann-Haslinger.** D. m. W. 1927. Nr. 12.

Die Methode beruht auf der Tatsache, daß zahlreiche Bakterien die Nitrate des Harns zu Nitriten abbauen, deren Nachweis mit Hilfe des *Griess*schen Reagenz (eine Mischung von Sulfanilessigsäure und Naphthylaminessigsäure, auch in Tablettenform unter dem Namen Urognost, Chem. Fabrik *Kefa*, Wien) gelingt. Gleiche Teile des *Griess*schen Reagens und nitrithaltigen Urins ergeben eine starke Rotfärbung. Verf. will diese Reaktion dem praktischen Arzt zur Kenntnis bringen für die Fälle, bei denen das Ergebnis der bakteriologischen Harnuntersuchung oft nicht abgewartet werden kann. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß kulturell sterile Urine niemals Nitritreaktion gaben, und daß ferner Kolibazillen die bei weitem häufigsten Bakterienarten im infizierten Urin sind. Findet man in einem sauren Urin positive Nitritreaktion, so darf man mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Koliinfektion annehmen. Ein negativer Ausfall der Probe läßt keine endgültige Entscheidung zu.
O. Dittrich (Kiel).

Digitized by Google

E. Rost, jun.: **Die klimatischen Faktoren der Nordsee und die experimentelle Untersuchung dieser Einflüsse auf die Haut.** Krankheitsforschung. Bd. 4. S. 413.

Während der Untersuchungsmonate August und September 1925 in Wittdün wurden außer der üblichen Bestimmung von Luftdruck, Lufttemperatur und Luftfeuchtigkeit größtenteils registrierend gemessen die Dauer und die Verteilung des Sonnenscheins über die einzelnen Stunden des Kurtages, die Gesamt- und Wärmestrahlung der Sonne, die ultraviolette Himmelstrahlung, die Wärmeeinstrahlung in den Erdboden, die Luftbewegung in drei verschiedenen Höhen über dem Erdboden und schließlich zusammenfassend die trockenen und feuchten Werte der Abkühlungswerte, sowie deren Beziehung zur Hautabkühlung der Backentemperatur. Der Einfluß dieser klimatischen Faktoren auf die Haut von nach der Nordsee verbrachten Großstadtkindern wurde an dem Erfolg der vasomotorischen Reaktion am Anfang und Ende der Kur zu verfolgen versucht. Es war dabei fast nach allen Reizen eine Änderung der Reaktion hinsichtlich der Schnelligkeit des Auftretens, ihrer Intensität usw. im Verlauf des Aufenthaltes festzustellen. In gleicher Weise ließ sich eine bessere Reaktionsfähigkeit der Haut durch die Ausführung der Antigenprobe mittels intrakutaner Tuberkulininjektion nachweisen. Auch die Hautdurchblutung war kapillarmikroskopisch unter den verschiedenen Klimaeinflüssen als verbessert nachzuweisen. Die Muskelhärte nahm dabei zu, auch die Messung der Hautelastizität ließ Veränderungen erkennen, und die Hauttemperatur zeigte eine bessere Anpassungsfähigkeit an die wechselnden Klimareize. *Memmesheimer* (Bonn).

W. Schmitt: **Neuere Anschauungen über Haut- und Tiefensensibilität.** D. W. 1927. Nr. 41.

Den bisher bei der klinischen Untersuchung üblichen schematischen Verfahren zur Prüfung der Berührungsempfindlichkeit, des Drucksinnes, der Tiefen- und Gelenksensibilität, des Gefühls für Temperaturunterschiede und für Schmerz werden die Vorzüge der sinnesphysiolog. Forschung gegenübergestellt. Diese hat ergeben, daß durch das gebräuchliche Untersuchungsschema die Sensibilitätsausfälle keineswegs vollständig sind und gewisse, noch vorhandene, krankhaft veränderte Sensibilitätsleistungen überhaupt nicht erfaßt werden. Es werden die wichtigsten sinnesphysiologischen Gesichtspunkte, soweit sie die üblichen Untersuchungsmethoden und die daraus sich ergebenden Sensibilitätsausfälle betreffen, sodann die Gruppe der erhaltenen, aber krankhaft veränderten Sensibilitätsleistungen zusammengestellt. Einige der neueren sinnesphysiologischen Methoden sind heute schon am Krankenbett anwendbar. Dahin gehört die Verwendung der Reizhaarserien, der Distelstachelborste, Kupferknopfsonde und elektrischheizbaren Platinöse zur Erfassung einzelner Sinnespunkte. *Schreyer* (Berlin).

L. Török, E. Lehner und *F. Urban:* **Untersuchungen über die Entstehung von entzündungsvermittelnden bzw. entzündungssteigernden Substanzen in der Haut nach Lichtbestrahlung, bei der Lichtentzündung und bei der Urticaria factitia.** Krankheitsforschung. Bd. 5. S. 293. 1927.

Die Frage, ob bei der Erzeugung von Hautentzündungen Substanzen mitbeteiligt sind, welche unter der Einwirkung der entzündlichen Noxen

Digitized by Google

im Hautgewebe entstehen, ist durch zahlreiche Untersucher in bejahendem Sinne beantwortet worden. Auch die in dieser Arbeit mitgeteilten Experimente weisen darauf hin, daß infolge der Belichtung bzw. bei der Urticaria factitia infolge der mechanischen Einwirkung eine Substanz in das Blut gelangt, welche einerseits die Empfindlichkeit der Hautgefäße gegenüber quaddelerzeugenden Substanzen (wie Morphium) steigert und andererseits auch die Fähigkeit des den Venen entnommenen Blutes oder des aus diesem hergestellten Blutserums Quaddeln zu erzeugen erhöht.

Memmesheimer (Bonn).

E. Lehner und *F. Urban:* **Über die Veränderungen der Reaktion der Haut nach wiederholten Lichteinwirkungen auf dieselbe Hautstelle.** Krankheitsforschung. IV. S. 381.

In Fortsetzung von Untersuchungen über Reaktionen der Haut nach wiederholten chemisch-physikalischen Einwirkungen auf dieselben Hautstellen wurde in einer Reihe von Fällen der Einfluß wiederholter Lichteinwirkung untersucht. Die Reaktion verlief so, daß die wiederholte Bestrahlung zuerst eine gesteigerte, und nach der vierten Bestrahlung eine abgeschwächte Entzündung und gesteigertes bzw. abgeschwächtes Jucken verursachte. Während der Bestrahlung einer Körperregion können sich auch entfernt gelegene, nicht bestrahlte Hautstellen in ihrer Entzündungsbereitschaft gegenüber Lichtstrahlen ändern und zwar in derselben Weise wie die behandelten. Da zur Erklärung dieser Erscheinung weder die Pigment- noch die Lichtgerbungstheorie ausreicht, muß die Annahme herangezogen werden, daß während der Bestrahlung Substanzen in den Hautzellen entstehen, die bei der direkten Einwirkung eine wichtige Rolle spielen und nach Aufnahme in den Blutkreislauf eine allgemeine Überempfindlichkeit bzw. eine Unterempfindlichkeit der Haut gegenüber Bestrahlungen verursachen. *Memmesheimer* (Bonn).

E. Lehner und *F. Urban:* **Über die Veränderung der Empfindlichkeit der Haut nach intravenöser Injektion chemisch definierter entzündungserregender Substanzen und nach intravenöser Blutinjektion. Krankheitsforschung.** IV. S. 375.

Die allgemeine Sensibilisierung der Haut mit Substanzen von chemisch definiertem Bau (Morphium, Atropin, Pepton, Histamin, Koffein) gelang trotz Wiederholung der intrakutanen Injektionen nicht. Es wurde deshalb versucht durch intravenöse Injektion solcher Substanzen eine allgemeine Sensibilisierung der Haut hervorzurufen, und in der Tat zeigte sich, daß hierdurch die Entzündungbereitschaft der ganzen Hautoberfläche so geändert wird, daß in den meisten Fällen sowohl durch intrakutane Injektion mit derselben als auch mit anderen entzündungserregenden Substanzen eine gesteigerte entzündliche Reaktion der Haut zustande kommt. Das Ausbleiben einer allgemeinen Sensibilisierung der Haut nach wiederholter Lokalanwendung muß zum Teil darauf zurückzuführen sein, daß die betreffenden Substanzen nicht in genügend großer Menge in die Haut eingeführt werden, wodurch eine allgemeine Sensibilisierung durch Aufnahme der Substanzen in die Blutbahn nicht zustande kommt. Intravenös und intrakutan verabfolgte Eigenblutinjektionen zeigen ein abweichendes Verhalten. *Memmesheimer* (Bonn).

Digitized by Google

Perutz und *Merdler* (Institut für allg. und exp. Pathologie der Univ. Wien): **Beiträge zur experimentellen Pharmakologie des männlichen Genitales.** IX. Mitteilung: Physiologische und pharmakologische Untersuchungen am Samenstrang in situ. A. f. D. Bd. 148. S. 104.

Beginnende Erstickung löste am Samenstrange des Hundes, in situ untersucht, starke tonische, zentral bedingte Kontraktion aus. Auf Erregung des Sympathikus durch Adrenalin trat starke Tonussteigerung und Anregung der Rhythmik auf, auf Parasympathikusreizung durch Pilocarpin und Physostygmin schwache Steigerung des Tonus bei starker Anregung der Rhythmik, während Papaverin lähmend auf die Samenstrangmuskulatur wirkte. Ergotin, Pituitrin, Chinin blieben ohne Einfluß, Johimbin verursachte in großer Dosis heftige zentrale Erregung, in mittlerer Dosis langsamen Anstieg des Tonus mit rhythmischen Zuckungen.

Sinn (Aachen).

Perutz und *Merdler* (Institut für allg. und exp. Pathologie der Univ. Wien): **Beiträge zur experimentellen Physiologie des männlichen Genitales.** II. Mitteilung: **Über Reflexe von verschiedenen Organen auf das männliche Genitale.** A. f. D. Bd. 148. S. 98.

Experimentell wurde an Hund und Meerschweinchen festgestellt, daß Samenblase und Samenstrang reflektorisch gegenseitig auf Reize reagieren, weiter beide auf Geruchsreize, Vagusreizungen, Dünndarm-, Peritoneum- und Harnblasenreize. Auf Magen- und Dickdarmreize erfolgte dagegen kein Reflex. *Sinn* (Aachen).

Robert T. Frank and *M. A. Goldberger:* **The Female Sex Hormon.** (Das weibliche Geschlechtshormon.) New York. Journ. Am. med. Ass. 1926. Nr. 21.

Anschließend an die kürzlich ausgeführten Extraktionsversuche mit Schweineserum gelang es den Verf. gleichfalls, das weibliche Geschlechtshormon aus dem Menschenserum zu gewinnen. Das Hormon bildet sich etwa 10 Tage vor den Menses, zeigt zu Beginn der Menses einen rapiden Anstieg und verschwindet dann wieder nach Aufhören der Blutungen. Aber nicht nur während der Regel, sondern auch während der Schwangerschaft konnte es nachgewiesen werden und zwar von der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche an. *Frank* und *Goldberger* empfehlen nun, ihre Methode wie folgt zu verwerten: 1. um die Zeit der Ovulation zu bestimmen; 2. um eine bestehende Schwangerschaft nachzuweisen; 3. um zu bestimmen, ob eine Menorrhagie auf Hormonmangel oder -überschuß beruht und 4. zum Nachweis der Geschlechtsgruppen. Daran anschließend folgt Beschreibung und Verwertung der Methode. *Röntz* (Bonn).

Mundford: **A simple form of Sudorimeter.** (Ein einfacher Schweißmesser). The B. j. o. D. a. S. 1927. 6.

Der Apparat ist abgebildet. Das Prinzip beruht darauf durch Schwefelsäure getrocknete Luft in einen luftdicht um die Untersuchungshand liegenden Gummihandschuh zu treiben und sie bei ihrem Weitergang durch zwei weitere Schwefelsäurebehälter zu ziehen, die die neu aufgenommene Handflüssigkeit wieder abfangen und sich gewichtlich um sie vermehren. Der Apparat soll wenigstens vergleichbare Ergebnisse geben, nicht absolute, da noch allerlei andere nicht berücksichtigte Faktoren

Digitized by Google

mitspielen. Die Schweißmenge einer gesunden Person soll pro 10 Minuten 30—40 g betragen, bei Frauen noch mehr. Geistige Beweglichkeit und körperliche Gewohnheit sollen zur Schweißmenge in Beziehung gestellt werden können, auch manisch-depressorische Zustände sollen ihre besondere Schweißnote zeigen. Darüber sollen noch Versuche angestellt und veröffentlicht werden. *Siegfried* (Aachen).

Selisky, A. B.: **Zur Frage der postfötalen Neubildung der Schweißdrüsen.** A. f. D. Bd. 149. S. 269.

Die mikroskopische Untersuchung einer Geschwulst aus dem Labium maj. zeigt zahlreiche schweißdrüsenähnliche Hohlstränge, teilweise direkt unter der Epidermis, die durch Bindegewebsbündel scharf von einander abgetrennt sind. Daneben solide Epithelstränge mit zahlreichen Mitosen, die sich nach innen zu offenbar zu Hohlsträngen differenzieren

Hopf (Jena).

Hermann Werner Siemens: **Die Vererbungspathologie der Akne.** Münch. med. Woch. Nr. 37. 1926.

Mit Hilfe der zwillingspathologischen Arbeitsmethode gelang es dem Verfasser, den exakten statischen Nachweis der Erblichkeitsbeziehungen der vulgären Akne zu erbringen. 36 eineiige Zwillingspaare mit Akne oder verwandten Affektionen zeigten in der Behaftung auffallende Übereinstimmung oder im Höchstfall nur relativ sehr unbedeutende Unterschiede, während 12 zweieiige Zwillingspaare fast ausnahmslos starke Verschiedenheiten aufweisen. Bei den Milien erwies sich auf Grund der Befunde an 11 Zwillingspaaren das multiple Auftreten als in höherem Grade erblich, während bei einzelnen Milien nicht erbliche Faktoren offenbar den Ausschlag geben. *Weinstock* (Charlottenburg).

Meirowsky, E.: **Zwillingsbiologische Untersuchungen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Ätiologie der Muttermäler.** Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie Bd. 18. H. 3.

Nach einleitenden Bemerkungen über die Grundlagen der Zwillingsbiologie, ihre Grenzen und ihren Geltungsbereich berichtet *M.* über zahlreiche eigene Beobachtungen, aus denen hervorgeht, daß sicher idiotypisch bedingte Merkmale bei eineiigen Zwillingen verschieden auftreten können, so daß man aus der Ungleichartigkeit des Auftretens von Merkmalen bei Eineiern nicht ohne weiteres schließen darf, daß sie durch paratypische Einflüsse bedingt sind; hierin erblickt *M.* die Grenzen der Zwillingsbiologie. Seine Beobachtungen bei eineiigen Zwillingen betreffen markhaltige Nervenfasern und Strabismus convergens bei einem, Fehlen beim anderen Zwilling; Heterochromien der Iris bei einem Zwilling; Verschiedenheiten im Verlauf der Arteria retinalis; Unterschiede in der Haarfarbe und in den Haarwirbeln; angewachsene Ohrläppchen bei nur einem Zwilling (entgegen der Regel); Verteilung der Färbung bei zusammengewachsenen Monstren; Abweichungen im Papillarleistensystem; vererbbare Grübchenbildung und vererbbare Nasenfurche; Asymmetrie und Erblichkeit. *M.* geht dann über auf die Erblichkeit der Muttermäler und bespricht an Hand von Stammbäumen und Abbildungen die familiäre Häufung von Pigmentmälern, familiäre Häufung und zwillingspathologische Untersuchungen bei teleangiektatischer Wangenröte, Cutis marmor ata und

Digitized by Google

bei Feuermälern; er berücksichtigt die Manifestationsschwankungen infolge innerer und äußerer Faktoren, die die Bedeutung eines auslösenden Faktors haben: Wirken auf die beiden eineiigen Zwillinge innere und äußere Faktoren nicht in gleicher Weise ein, so können auch dadurch Bedingungen entstehen, die ein ungleichmäßiges Auftreten von Muttermälern zur Folge haben. Endlich streift er die Korrelationswertung als Beweis für die idiotypische Bedingtheit der Naevi und kommt zu dem Schluß, daß zwillingsbiologische Beobachtungen, familiäre Häufung und Korrelationsberechnungen sicher zeigen, daß die Muttermäler durch Erbanlagen bedingt sind. *Zurhelle* (Bonn).

Leven: **Erblichkeit der Tastfiguren und Erbverschiedenheit der Eineier.** D. W. 1927. Nr. 36.

Die Gründe für die Erblichkeit der Tastfiguren, die als idiotypisch bedingte Charaktere anzusehen sind, liegen 1. in dem phylogenetischen Charakter des Papillarliniensystems. Dieses geht auf die Ballenbildung bei Säugetieren zurück. 2. wird das Hautleistensystem schon in früher Embryonalzeit angelegt, und die Relieflinien erhalten sich unverändert durch das ganze Leben. 3. zeigen die Tastfiguren bei eineiigen Zwillingen eine weit größere Übereinstimmung als bei zweieiigen oder sonstigen Geschwistern. Bei der Bildung der Tastfiguren können paratypische Faktoren leichte Umformungen zustande bringen inbezug auf Anastomosen, Gabelungen usw. Die wesentlichen Charaktere jedoch sind erblich festgelegt. *Schreyer* (Berlin).

Bernstein und *Elias:* **Karzinomwachstum und Lipoide.** M. K. 1927, 42.

Da Substanzen, die malignes Zellwachstum auslösen, die Oberflächenspannung im Serum stark herabsetzen, die Oberflächenspannung aber sehr vom Mischungsverhältnis der einzelnen Lipoide abhängt, so versuchten Verfasser durch verschiedene Ernährung das Lipoidmischungsverhältnis bei Mäusen zu variieren, bevor sie ihnen eine Karzinomanschwemmung injizierten. Dabei ergab sich, daß lipoidfreie Kost Karzinomwachstum außerordentlich hemmt, daß aber Lecithin — noch mehr aber Cholesterinzusatz zur lipoidfreien Nahrung die Wachstumshemmung herabsetzt. Genauere Veröffentlichung soll noch folgen. *Siegfried* (Aachen).

A. Philippson: **Zu Casparis Vortrag: Neuere Krebsforschungen. Diskussionsbemerkungen.** D. W. 1927. Nr. 45.

Übereinstimmung besteht in der Ablehnung der parasitären Hypothese. Der Vorgang der Krebsentstehung durch chemische Mittel besteht nach Ansicht der Verf. in der Aufdrängung eines Körpers, der der normalen Zelle nicht fremd ist. Darauf folgt Umsetzung und Bindung dieses Stoffes mit den vorhandenen chemischen Zellbestandteilen. Durch diese Umwandlung der chemischen Konstitution wird die Zelle zur Krebszelle mit den Eigenschaften der Zerstörung und Giftbildung. *Schreyer* (Berlin).

R. Stahl und *G. Simsch:* **Über einige bei dem Zustandekommen von Erythem- und Pigmentbildung mitwirkende Gesetzmäßigkeiten.** D. W. 1927. Nr. 50.

Verstärkte Erythem- und Pigmentbildung zeigte sich nach Ultraviolettbestrahlung an Hautstellen, die vorher künstlich hyperämisiert

Digitized by Google

wurden, sei es durch Wärmeeinwirkung oder durch ein kurzes kaltes Bad mit nachfolgender kräftiger Hautreaktion. Abgeschwächtes Erythem und verstärktes Pigment konnten beobachtet werden, wenn vor der Bestrahlung eine Kälte-Anämie an der betreffenden Hautstelle erzeugt worden war. Diese pigmentverstärkende Wirkung der Kälte wird durch Sympathikusreiz erklärt. *Schreyer* (Berlin).

Julis K. Mayr und *C. Moncorps:* **Eosinophilie und Milz.** Münch. med. Woch. Nr. 43, 1926.

Ausgedehnte Untersuchungen über kausalgenetische Zusammenhänge zwischen Allergie, Anaphylaxie und deren mit dem Namen Diathese bezeichneten Manifestationen der Haut einerseits (Urtikaria, Ekzeme) und den anatomisch-funktionellen Veränderungen der Milz andererseits. Die Einzelheiten sind in der Arbeit selbst nachzulesen.

Weinstock (Charlottenburg).

C. Gutmann: **Ein weiterer Beitrag zum Kapitel der lokalen Amyloidosis der Haut.** D. W. 1927, Nr. 36 u. 37.

Klinik und Histopathologie der Hautamyloidose wird besprochen an Hand eines selbstbeobachteten Falles von chronischer, auf die unteren Extremitäten beschränkten Dermatose bei einem 43jährigen Manne. Klinisch fanden sich kleine rote Knötchen, die infolge starken Kratzens zu derben Effloreszenzen mit warziger, zum Teil schuppender Oberfläche anwuchsen. Haut der Umgebung verdickt, stärker gefurcht. Histologisch starke Hyperkeratose, Verbreiterung des Strat. granul. und des Rete Malpighii, im Stratum papill. chronischer Entzündungszustand. In der Mitte des Knötchens, im Strat. papill., eng begrenzte Ablagerung von Amyloid. Obwohl die Effloreszenzen sich durch ihre Größe, harte Konsistenz und zentrale Lagerung des Amyloids von den bisher beschriebenen Fällen von Hautamyloidosen unterscheiden und vielmehr das Bild der chron. nodul. Lichenifikation bieten, möchte Verf. sie doch unter die erstgenannten Fälle einreihen. *Schreyer* (Berlin).

Chiale Gianfranco: **Über vom Lebensalter abhängige Veränderungen der Hautgefäße.** Giorn. ital. di Dermatol. Bd. 68. H. 6. S. 1625. 1927.

Faßt man die Ergebnisse der Untersuchungen *Chiales* zusammen, so ergibt sich, daß die Veränderungen, die zum ersten Male bei einem 50jährigen Individuum gesehen wurden, hauptsächlich die Intima und Elastica interna betreffen; sie entsprechen einem Prozesse einer nicht sehr ausgesprochenen arteriellen und venösen Sklerose, welche nie zu hyaliner oder fettiger Degeneration und Verkalkung führt, wie es bei der fortgeschrittenen Arteriosklerose der großen Gefäße eintritt, sondern welcher mehr dem arteriosklerotischen Prozesse an den kleinen Nierenarterien, welcher meist an der Intima ohne degenerative Veränderungen verläuft, entspricht.

Diese Veränderungen sind häufig allein auf die relativ dicken Gefäße der Subkutis beschränkt, aber in seltenen Fällen finden sich analoge Veränderungen an den kleinen Gefäßen der eigentlichen Kutis.

Monacelli bemerkt, daß die Hautarteriosklerose gegenüber den anderen Lokalisationen dieses Prozesses relativ spät erscheint, während *Chiale* sie in der Kutis bei einem 50jährigen Manne antraf. Überdies fand sich

Digitized by Google

die Veränderung an den Hautgefäßen immer zusammen mit Veränderungen vom senilen Typus; es ist daher anzunehmen, daß die beschriebenen Gefäßveränderungen notwendig zu Veränderungen der Haut vom senilen Typus führen, Veränderungen, welche durch die verschiedensten Faktoren (klimatischer, mechanischer, thermischer, chemischer Natur) veranlaßt werden können. *Fritz Juliusberg* (Braunschweig).

J. Becker: **Experimentelle Studien über die mesenchymalen Abwehrleistungen des jungen Organismus.** Krankheitsforschung, Band V, S. 343. 1928.

Zur Klärung der Frage, ob es möglich sei, die Tatsache der schlechten aktiven Immunitätsleistungen des Neugeborenen und die Besonderheiten im Verhalten gegenüber Infektion durch Eigentümlichkeiten im Bau und in der Funktion des reticulo-endothelialen Systems zu erklären, wurden, ähnlich den Versuchen anderer Autoren, Taubenblutkörperchen in junge Hunde intravenös eingespritzt und die Reaktion darauf beobachtet. Es zeigte sich, daß bei den ganz jungen Tieren die erste Injektion von Fremdblut in der kurzen Zeit von 5 Minuten bereits zu starken Endothelschädigungen führte, während bei älteren Tieren diese Veränderungen erst nach 25—30 Minuten zu finden sind. Es fanden sich abgestoßene Endothelzellen in den größeren Milzgefäßen und in den Ästen der Lungenarterie. Es ist darin eine Eigentümlichkeit des jungen Organismus zu erblicken, die in der Labilität des Endothelzellenverbandes liegt. Dadurch, daß Endothelzellen und mit ihnen das Antigen in den ganzen Körper verschleppt wird, reagiert das Antigen nicht lokal mit der Körperzelle am Ort der primären Haftung, wie es beim erwachsenen Organismus geschieht, sondern der ganze Körper reagiert mit. Bei den mit Antigen vorbehandelten Tieren werden die Abwehrfunktionen nicht verstärkt, sondern eher geschwächt. So erklärt sich die schlechte aktive Immunisierungsleistung des jungen Organismus. *Memmesheimer* (Bonn).

Hideyo Noguchi M. D. New York: **Experimentelle Erzeugung trachomartiger Bedingung beim Affen.** Journal of the American Med. Association, Sept. 1927.

Unter Mitarbeit von *Parlett* und *O. Richards* von U. S. Medical Service machte *Noguchi* von Mai 1926 an in Albuquerque, N. M., an verschiedenen absichtlich unbehandelten Trachomfällen, die eigens dazu ausgesucht waren, Studien, Kulturen und histologische Präparate. — Nach seiner Ansicht handelt es sich bei diesen nicht um eine gemeinhin bekannte und von *Noguchi* selbst viele Jahre hindurch in New-York beobachtete Trachomerkrankung (1909—1915). — *N.* impfte 4 Rhesusaffen, 1 Chimpansen und 1 Orang-Utang, indem er teils das Material auf die geritzte Coniunctiva applizierte, teils in den retrotarsalen Coniunctivalsack einspritzte. *Ein* Auge ließ er zur Kontrolle frei. Erscheinungen waren erst nach 4 Monaten festzustellen. — Neben Bacillus xerosis und Staphylococcus albus fand *N.* 2 Arten von gramnegativen Bazillen. In allen Fällen stellte er einen beweglichen, chromogenhaltigen Typus und einen unbeweglichen fest; der erstere gedieh gut auf Agarplatten, der andere nur in einem ganz bestimmten Medium und zwar in einem halbstarren Gemenge von frischem, tierischen Serum + Hämoglobin, oder auf Blutagarplatten mit bestimmten Kohlehydraten. — Bacillus xerosis und Staphylococcus albus wurden auf

Digitized by Google

die Coniunctiven von Affen und Ratten verimpft, aber keiner von beiden führte zu einer Erkrankung, die, verglichen mit derjenigen des Menschen, dieser ähnelte. Dagegen zeigten die mit dem gramnegativen Bazillus geimpften Affen, allerdings erst 5 Monate nach der Impfung, die Erkrankung, die der Art der Trachomconiunctivitis beim Menschen genau glich. Bei einem 8 Monate nach der Impfung verendeten Tiere zeigte das vom Lide angefertigte, histologische Präparat genau dieselben Veränderungen, wie man sie beim typischen Trachom beobachtet hat. — Das von den ursprünglich geimpften Rhesusaffen entnommene Material wurde nacheinander serienweise auf andere Affen übertragen, und alle zeigten dieselben Erscheinungen wie jene. Von einem als 2. Passagetier benutzten Rhesusaffen auf einen Chimpansen übertragenes Material verursachte bei diesem die charakteristische Granularconiunctivitis. Dieses Material wurde wiederum auf Rhesusaffen übertragen (3. Passaget). — Zur Begutachtung herangezogene Ophthamologen bestätigten, daß die bei den Tieren erzeugte Krankheit dem Trachom des Menschen glich. — Histologische Veränderungen der Coniunctiva s. Originalarbeit, desgleichen Charakteristika des Mikroorganismus. Der Beweis für die Beziehung des Erregers zur entsprechenden Krankheit beim Menschen wird von *Noguchi* erhärtet:

1. durch das übereinstimmende Verhalten des Mikroben in 4 von 5 lange und gründlich beobachteten Fällen,

2. durch dessen Tätigkeit, eine chronische Granularconiunctivitis hervorzurufen, welche in ihrem klinischen und histopathologischen Verhalten der Erkrankung beim Menschen und der experimentell erzeugten Krankheit gleicht, wie sie von hervorragenden Beobachtern (*Heß, Römer, Morat, Axenfeld, Greef, Nicolla* nebst Mitarbeitern, *Bertarelli, Cechetto* u. a.) nach der Übertragung von Trachommaterial auf Affen beschrieben wurde,

3. durch die serienweise Übertragungsmöglichkeit der erzeugten Coniunctivitis,

4. durch die Auffindbarkeit dieses selben Mikroorganismus auch nach der 2. und 3. Tierpassage, und

5. durch die völlige Unfähigkeit irgend eines der anderen, von denselben Fällen isolierten Mikroorganismen, eine follikuläre Erkrankung auf der Affenconiunctiva hervorzurufen. —

Eventuelle Beziehungen des Mikroben zu anderen Trachomformen müßten nach *N.s* Ansicht durch Isolierung des mikr. Organismus bei anderswoher stammenden Fällen oder möglicherweise auch durch serologische Nachprüfungen festgestellt werden. *Auerbach* (Bonn).

Remenovsky und *Löwenfeld* (I. Dermatol. Abteil. der Wiener allg. Poliklinik): **Erfahrungen über neuere Hauttuberkuline (Ektebin nach Moro und Dermotubin nach Löwenstein.)** A. f. D. Bd. 148, S. 113.

Ektebin und Dermotubin erwiesen sich als diagnostisch hervorragend brauchbar zur Feststellung des biologischen Reaktionszustandes, Prognose, Indikation und Kontrolle spezifischer Behandlung. Ektebin gibt stärkere lokale Reaktionen als Dermotubin, dieses vielleicht durch seine Konsistenz größere Herdreaktionen. Die Impfreaktionen entsprechen spontanen Formen der Hauttuberkulose; nichtspezifische Reaktion auf beide Mittel wurde vereinzelt bei gummöser Syphilis gesehen. Erheblichere Herd-

Digitized by Google

reaktionen, bei Hauttuberkulose, insbesondere bei Lupus vulg. häufig nicht unerwünscht, treten bei intrafokaler Einreibung ein, und wirken bei Lupus vulg. schnell und gut heilend. Für die allgemeine Praxis ist die percutane Form spezifischer Behandlung bei Hauttuberkulose von hohem Wert und den subkutanen Einspritzungen vorzuziehen.

Sinn (Aachen).

N. Melczer-Budapest: **Zur Biochemie der Hauttuberkulose.** Derm. Wo. Bd. 83. Nr. 52a. 1926.

Die normale Haut enthält in allen ihren Schichten eine gleiche Lipasemenge. Bei Untersuchung der Haut von an Tuberkulose Verstorbenen stellte Verfasser fest, daß dieselbe gegenüber der Norm sehr herabgemindert war. Darauf wurden systematische Untersuchungen eingeleitet und durch Abschabung Hautstückchen vom Lupus vulgaris, exulcerans und verrucosus gewonnen und auf ihren Lipasegehalt untersucht. Dabei stellte sich heraus, daß in all diesen untersuchten Hautstückchen der Lipasegehalt sehr gering war. Während er normal 7—8 Tropfen in der ersten Stunde ist, betrug er bei Lupus vulgaris 0—2 Tropfen und bei Lupus verrucosus 1, 1—3, 5 Tropfen. Diese Befunde stimmen mit den theoretischen Anschauungen über die Wirkungsweise der Lipase überein. Man nimmt nämlich an, daß die Lipase nach Art eines spezifischen Antikörpers die Toxine der Tuberkelbazillen bindet und inaktiviert. *Krüger* (Sagan).

Liese und *Weigmann:* **Zur Serodiagnostik der Tuberkulose.** D. m. W. 1926. Nr. 46.

Nach *Schumacher* sind die charakteristischen färberischen Eigenschaften der Tuberkelbazillen, nämlich Säure- und Gramfestigkeit, wie *Korff-Petersen* und *Liese* nachgeprüft haben, ganz speziellen Zellinhaltsstoffen, den Lipoproteinen, zuzuschreiben. Verf. versuchten diese Stoffe als Antigen zur Serodiagnose der Tuberkulose zu verwenden. Sie stellten sich aus abgetöteten Tuberkelbazillen einen gewöhnlichen alkoholischen stickstofffreien Extrakt, einen Extrakt mit stark positiver N.-Reaktion und einen mit positiver P-Reaktion her. Der alkoholische a-Extrakt schied als ungeeignet aus, während die anderen beiden, von welchen der eine vorwiegend Lipoproteide, der andere Nukleoproteide und einfache Eiweiße enthielt, aus qualitativen Gründen als Mischextrakt zur Verwendung kam. Sämtliche geprüften Tuberkulosesera ergaben eine negative WaR. Die Autoren erhielten mit dem genannten Mischextrakt in der Mehrzahl der Fälle stark positive Reaktionen, nur wenige waren schwach positiv, Die Tuberkuloseseren umfaßten klinisch sichere Fälle von Lungen-, Knochen- und Hauttuberkulose. Positive Reaktionen fanden sich bei den älteren und langsam verlaufenden Fällen von Lungentuberkulose und bei mehreren Fällen von tuberkuloser Spondylitis. Negativ reagierten sämtliche Fälle von Hauttuberkulose, der größere Teil der Knochentuberkulosen und Lungentuberkulosen mit raschem progredientem Verlauf. Die als Kontrollen mit angesetzten Normal- und Syphilissera reagierten stets negativ. Die Versuche werden fortgesetzt. *O. Dittrich* (Kiel).

Ickert: **Über die tuberkulöse Reinfektion.** D. m. W. 1927. Nr. 2.

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Frage des Zustandekommens tuberkulöser Infektionen beim Erwachsenen. Es wird zunächst die sta-

Digitized by Google

tistische Seite (90000 Todesfälle, 235000 Bazillenhuster, 60 % Tuberkulinpositive Reaktionen bei Schulkindern und tuberkulöse Residuen bei 60—80 % der sezierten Leichen) kurz gestreift und auf die Hauptetappen in der Tuberkuloseforschung hingewiesen, welche sich an die Namen *Koch, von Bering, von Pirquet, Aschoff, Bräuning, Hübschmann, Petruschky, Ranke, Puhl-Blumenberg, Simon-Redecker* und *Aßmann* knüpfen. Die Beschreibung des tuberkulösen Primärherdes erfolgte durch *Ghon* und die Differenzierung des Primärinfektes und des Reinfektes in der Lunge durch *Puhl*, welcher als Lieblingssitz der Reinfekte im Erwachsenenalter den Spitzenteil der Lungenoberlappen fand und bei ihnen im Gegensatz zu den Primärherden in der Umgebung die differentialdiagnostisch wichtige Zone atelektatischen Lungengewebes feststellte. *Aßmann* beschrieb Reinfekte als infraklavikuläre Infiltrate in Markstückgröße, mit welchen sich Verf. an Hand seines Materials hinsichtlich ihrer merkwürdig großen Häufigkeit beschäftigte. Er hält die *Aßmann*schen Herde für Frühformen der *Puhl*schen (abgeheilten) Herde. Er glaubt, daß aus röntgentechnischen Gründen *Aßmann*sche Herde sich unter einem großen Teil der Verschleierung des Spitzenfeldes (Spitzenkatarrh) verbergen, und damit auch die Lungentuberkulose des Erwachsenen mit einem solchen Herd ihren Anfang nimmt. Die Frage nach exo- oder endogener Reinfektion ist nicht von unbedingter Wichtigkeit, weil bei beiden Tuberkelbazillen in die Lunge eines Menschen geraten, welcher sich gerade in einer Überempfindlichkeitsperiode inbezug auf das tuberkulöse Gift (Allergie II nach *Ranke*, Sekundärstadium) befindet. Hinweis auf die Mitwirkung von wirtschaftlichen, physischen und psychischen Einflüssen bei der Herabsetzung der Widerstandskraft des Organismus, sowie auf die Frage der Virulenz bei dem Angehen einer Reinfektion. Aus der Arbeit geht hervor, daß auch der Erwachsene vor der Aufnahme von Tuberkelbazillen zu schützen ist *O. Dittrich* (Kiel).

Tienniessen und *Friedrich:* **Über die Abhängigkeit der Tuberkulinfieberreaktion vom tuberkulösen Herd.** D. m. W. 1926. Nr. 47.

Es handelt sich um Versuche an Hasen, welche in Nachprüfung der *Klemperer*schen Untersuchungen nach vorhergehender Infektion mit lebenden Tuberkelbazillen (4 Wochen alte Bouillonkultur) mit Alttuberkulin und auch mit dem Tebeprotin (*Toenniessen*) zur Erzielung einer Fieberreaktion behandelt wurden. Es ergab sich, daß das Tuberkulinfieber nach Exstirpation des Primärherdes ausbleibt, wenn die Exstirpation mit darauffolgender Tuberkulininjektion kurze Zeit nach der Infektion (3 Wochen) angestellt wird. Wartet man aber im Gegensatz zu *Klemperer* längere Zeit (6 Wochen p. infekt.), dann tritt die Fieberreaktion auch nach Entfernung des Primärherdes ein. Die Verfasser glauben, daß das Tuberkulinfieber auch durch unmittelbare Reizwirkung des Tuberkulins auf das Wärmezentrum zustande kommen kann, da ihre anatomisch-histologischen Untersuchungen insbesondere der regionären Lymphdrüsen und der vom Tuberkelbazillus bevorzugten Organe die Anwesenheit weiterer tuberkulöser Gewebe ausschließen ließen. Auch bei Spontanausheilung des tuberkulösen Herdes ließen sich durch Tebeprotin Fieberreaktionen auslösen. Die beiden verwendeten Tuberkulinarten ergaben gleichsinnige Resultate. Das Fieber ist also nach Ansicht der Verfasser nicht ausschließlich die Folge einer Herdreaktion, sondern die einer unmittelbaren Reizung

Digitized by Google

des spezifisch umgestimmten Wärmezentrums, dessen Allergie erst längere Zeit nach der Infektion (6 Wochen) genügend voll entwickelt ist.

O. Dittrich (Kiel).

F. R. Eberson: **Studies in Tuberkulosis.** San Francisco. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 5.

Verf. gelang es, im Blutserum tuberkulöser Tiere und Menschen eine Substanz zu entdecken, die im normalen Serum nicht besteht und bei gesunden Individuen typische Hautreaktionen auslöst. Diese Substanz ähnelt nicht dem Tuberkulin und wird durch Erhitzen auf 65° zerstört. Impfungen wurden intrakutan (0,02 ccm) vorgenommen und die Resultate nach 24, 48 bzw. 72 Stunden abgelesen. Je stärker die Reaktion um so weniger Antitoxine sind bei den betreffenden gesunden bzw. schwachtuberkulösen Versuchstieren vorhanden. *Röntz* (Bonn).

Radaeli, A.: **Haut und Immunität bei Tuberkulose. Die Wichtigkeit der Kutisvakzinen bei der Behandlung der Hauttuberkulose.** Giorn. ital. die Dermatol. 1927. H. 4. S. 1181.

Radaeli gibt eine Übersicht über die experimentellen, klinischen und pathologisch-anatomischen Daten, welche für das Auftreten von Immunitätserscheinungen beim tuberkulös infizierten Organismus sprechen Er bemerkt, daß die Hypersensibilität gegen tuberkulöses Material eine der Modalitäten ist, in denen die Immunität zum Ausdruck kommt; er begründet es, warum eine anaphylaktische Auffassung der Hypersensibilität gegen Tuberkulin nicht in Betracht kommt; er hält es für möglich, daß eine Hypersensibilität gegen Tuberkulin bei der Behandlung gesunder Tiere mit toten Tuberkelbazillen oder lebenden Paratuberkelbazillen auftritt; er weist aber darauf hin, daß die Hypersensibilität bei diesen Fällen immer von kurzer Dauer ist und nicht der Ausdruck einer erworbenen Immunität gegen die tuberkulöse Infektion. Das Problem der spezifischen Behandlung der Tuberkulose ist eng verknüpft mit den biologischen Erscheinungen der Hypersensibilität und Immunität; es ist noch nicht völlig gelöst, so daß man sich auf die Anwendung toter Tuberkelbazillen und ihrer Produkte beschränken muß. Die neuen Ansichten über die Bedeutung der Haut für das Auftreten von Immunitätserscheinungen im Organismus ließen in diesem Sinne das Problem der spezifischen Behandlung der Tuberkulose aufstellen. *Radaeli* gibt einen Überblick über die Arbeiten über die besondere Bedeutung der Haut als Verteidigungsorgan und Organ zur Entwicklung von Antikörpern.

Radaelis Untersuchungen erfolgten an 45 Patienten mit verschiedenen Formen der Hauttuberkulose. Sie ergaben folgendes: 1. Die Sensibilität der Haut gegen Tuberkulin ist völlig unabhängig von der Art und Weise, wie die tuberkulösen Hautherde auf unsere Kuren mit physikalischen Methoden reagieren. 2. Die Behandlung lupöser Herde mit physikalischen Methoden scheint keine bemerkenswerte Modifikation im allergischen Zustande des Individuums zu veranlassen. 3. Die Haut reagiert auf Einreibung mit tuberkulösem Material (Tuberkulinsalbe, Ektebin) mit papulösen Eruptionen von histologisch verschiedenem, meist deutlich entzündlichem, manchmal typisch tuberkulösem Typus. Die Eruptionen können sich auf die Einreibungsstellen beschränken oder fern von ihnen auftreten; es kommen auch Ausdehnungen eines vorher existierenden

Digitized by Google

Lichen scrofulosorum oder verallgemeinerte neu aufgetretene Eruptionen von akutem Typus vor. 4. Applikationen von Kutisvakzinen verursachen bei 50 % der Fälle eine Schwellung der Lupusherde, eine Isolierung der spezifischen Knötchen, manchmal auch die Resorption einzelner Knötchen. Die so erzielten Veränderungen sind aber nur zeitweilig; eine Rückkehr zum früheren Zustand tritt manchmal wenige Wochen nach beendeter Kur auf. Man kann keinen Parallelismus zwischen der Intensität der örtlichen Reaktion und der Besserung der Lupusherde feststellen. 5. Bei den meisten Fällen hat man den Eindruck, daß die Behandlung auf dem Hautwege die Lupusherde sensibler macht für die Weiterbehandlung mit physikalischen Methoden. Aber auch diese Sensibilisierung hält nicht lange an. 6. Die mit Ektebineinreibungen behandelten und mit der üblichen Methode der Kutisreaktionen geprüften Hautstellen zeigen sich im allgemeinen nicht hyperergisch gegenüber nicht behandelten Hautzonen. Die Rumpfhaut reagiert im allgemeinen schneller und manchmal viel stärker auf Tuberkulin als die Haut der Extremitäten; diese Verschiedenheit beruht wohl teilweise auf einer Differenz des Tonus des autonomen Nervensystems. 7. Die Behandlung mit Kutisvakzinen veranlaßt nicht konstant eine Zunahme der komplementablenkenden Antikörper.

Die Untersuchungen *Radaelis* entsprechen nicht dem Optimismus der Autoren, welche den Hautweg für den sichersten und meistversprechenden halten, um die organischen Verteidigungskräfte gegen die tuberkulöse Infektion zu heben. *Fritz Juliusberg* (Braunschweig).

F. v. Poor (Szeged): **Analogien und Gegensätze in der Pathologie der Syphilis und Tuberkulose.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 11.

Trotzdem beide Krankheiten den Prototyp chronischer Infektionskrankheiten darstellen, bestehen bei beiden wesentliche Unterschiede. Während bei der Tuberculose das Vorhandensein des Erregers nicht unbedingt die Entstehung der Krankheit bedeutet, weil es Menschen gibt, die vermöge ihrer Konstitution und Disposition eine Resistenz gegen den Krankheitserreger besitzen, gibt es solche Immunität gegen die Lues nicht. Bei ihr bedeutet Vorhandensein von Erregern im Organismus auch Erkranktsein. Bei dem Auftreten von Hauterscheinungen spielen auch verschiedenartige biologische Faktoren eine Rolle. Diese Vorgänge laufen bei der Lues viel schneller ab als bei der Tuberkulose. Die Infektion kommt ebenfalls bei beiden Krankheiten auf anderem Wege zustande. Während bei der Lues eine Kontaktinfektion mit der Spirochaeta pallida notwendig ist, kommt die Tuberkulose in den meisten Fällen durch Aspiration zustande. Auffallend ist ebenfalls der Unterschied beider Krankheiten im fötalen Leben. Bei der Lues kommt es durch eine Plazentarerkrankung zur Übertragung von Spirochäten auf den Fötus, dagegen ist die konnatale Tuberkulose äußerst selten, weil es bei der Tuberkulose fast nie zu einer Plazentarerkrankung und damit zur Passage der Tuberkulosebazillen auf den Fötus kommt. Der Tuberkulosebazillus meidet das besonders blutreiche Gewebe der Plazenta. *Krüger* (Sagan).

Melik Bek Sultanow: **Zur Genese der Leprazellen.** Venerologia u. Dermatologia 1927, Nr. 11.

Die histologische Untersuchung von 30 Leprafällen ergab, daß das lepröse Infiltrat stets in den oberen Kutisschichten beginnt und sich in

Digitized by Google

der Nähe der Kapillaren und um die Hautfollikel, Talg- und Schweißdrüsen lokalisiert. Diese Lokalisation der Leprone um die Gefäße, wie die Veränderungen der Gefäße selbst und speziell des Endothels der Gefäßwände, deuten auf eine hämatogene Ausbreitung des Prozesses hin. Die Leprabazillen sitzen innerhalb und außerhalb der Zellen. Die Veränderungen in der Epidermis stehen in Abhängigkeit von der Form und der Intensität des leprösen Infiltrates in der Kutis und finden ihren Ausdruck in hyper- und atrophischen Prozessen. Die Leprazellen in den Granulomen stammen sowohl aus histozytären Elementen, wie aus Endothelien der Hautkapillaren. *A. Jordan.*

A. Paldrock (Dorpat): **Zur Chemie des Lepraerregers.** 4. Mitteilung. Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 9. 1927.

Es wurden von verschiedenen bakteriologischen Instituten Kulturen von Leprabazillen eingeschickt, die schon jahrelang gezüchtet worden waren, und mit solchen verglichen, die Verfasser frisch aus Lepromen gewonnen hatte. Die mikrochemische Analyse der verschiedenen Kulturen ergab identische Befunde, so daß also auch jene Kulturen für die der Beweis fehlte, daß es wirklich noch pathogene Bazillen waren, der Beweis erbracht ist, daß es sich um Lepraerreger handelt. *Krüger* (Sagan).

A. Paldrock (Dorpat): **Das mikrochemische Verhalten der Lepraerreger und der Tuberkelbazillen.** Derm. Woch. Bd. 84. Nr. 15. 1927.

Bei Lepraerregern und Tuberkelbazillen bildet basisches Eiweiß die Grundsubstanz, an welche ihre Nukleo-, Karyo-, Lipo- und Plasteoproteide gebunden sind; sie enthalten außerdem noch freie Nukleinsäure und freie Lipoide. Beide unterscheiden sich aber dadurch voneinander, daß die Körnchen der Lepraerreger an freier Nukleinsäure und Karyoproteiden reicher sind als die Tuberkelbazillen, und daß die Plasteoproteide an die Lepraerreger fester gebunden sind als an die Tuberkelbazillen; neben einem grampositive Karyoninsäure führenden Karyoproteid enthalten die Lepraerreger noch ihnen eigene Lipoproteide mit grampositiver und gramnegativer Lipoidsäure, welche den Tuberkelbazillen fehlen. Die verschiedene Zusammensetzung der beiden Erreger erklärt auch die verschiedene Wirksamkeit der Heilmittel bei beiden Krankheiten. *Krüger* (Sagan).

Buchbesprechungen.

H. H. Hazen: *Syphilis.* 2. Aufl. St. Louis 1928. Mosby. Preis geb. 10 Dollar.

Der dritten Auflage seiner Hautkrankheiten läßt *Hazen* jetzt die zweite Auflage seines 1919 zum ersten Male erschienenen Buches über Syphilis folgen. Diese Auflage stellt mit ihrem stark geänderten Inhalt ein fast völlig neues Werk dar. So wurden die Kapitel über Vorkommen und wirtschaftliche Bedeutung der Lues, über Syphilis des Zentralnervensystems, über Diagnose, Prophylaxe und Behandlung vollständig umgeschrieben. Die Zahl der Mitarbeiter wurde um drei vermindert. Das Kapitel über Infektion und Immunität ist wieder von *Reasoner*, das über Syphilis der Knochen, Muskel und Bänder in Gemeinschaft mit *Dunlop*, das über die Syphilis der Harn- und Geschlechtsorgane von *Fowler*, über die Syphilis des Auges von *Greene* und über die Syphilis des Ohres von *Dabney* bearbeitet. Überall wird auf die Ver-

Digitized by Google

hältnisse des Heimatlandes eingegangen, wodurch das Buch eine besondere Note bekommt und seine Lektüre für uns interessanter wird. Wir erfahren, daß die Zahl der Syphiliserkrankungen in den Vereinigten Staaten schätzungsweise 8 Millionen beträgt, und daß die amerikanischen Lebensversicherungsgesellschaften eine um $^1/_3$—$^1/_4$ geringere Lebensdauer der Syphilitiker gegenüber der von Gesunden annehmen. Beim Neger werden andere Hauterscheinungen beobachtet als beim Weißen. Einen Einfluß der Prohibition auf die Häufigkeit der Syphilis festzustellen, ist nicht möglich, „weil man Alkohol noch sehr leicht bekommen kann". Als wichtige prophylaktische Maßnahmen werden unter andern Bekämpfung der Kurpfuscher, Besserung der Wohnungsverhältnisse und aufklärende Erziehung der Jugend genannt. Die Zahl der Schwarzweiß-Illustrationen ist auf 165 gestiegen. Die Bilder sind jedoch nicht alle gleich gut gelungen. Jedem Kapitel ist ein Literaturnachweis angefügt mit einer naturgemäß stärkeren Berücksichtigung des amerikanischen Schrifttums. Das Werk hat in seiner neuen Auflage wesentlich gewonnen.

Memmesheimer (Bonn).

J. Gerstmann: *Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse.* Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Julius Wagner-Jauregg. 2. Aufl. Wien 1928. J. Springer. Brosch. 22,40 Mk.

Die neue Auflage des seiner Zeit so viel Anklang findenden *Gerstmann*schen Buches (vgl. Derm. Ztschr. 45, 249, 1925) unterscheidet sich schon äußerlich von der früheren durch eine um zirka 80 vermehrte Seitenzahl. Da die Malariabehandlung der progressiven Paralyse außerdordentlich an Ausdehnung gewann und nach vielen Richtungen ausgebaut wurde, mußten die meisten Kapitel ergänzt oder ganz umgearbeitet werden. Es finden sich so in der neuen Auflage eingehendere Angaben über die Konservierung des Malariablutes, über das Verhalten der Parasiten im konservierten Blute und über die Übertragbarkeit der Impfmalaria im experimentellen Versuch. Die Hypothese, die Impfmalaria sei wegen des Fehlens von Gameten nicht durch Zwischenträger zu übertragen, wird nicht mehr aufrechterhalten. Das Kapitel über die Malariabehandlung der Frühsyphilis und die Paralyseprophylaxe ist ebenfalls erweitert. Allerdings fehlen der Hinweis auf die Wichtigkeit einer starken chemotherapeutischen Nachbehandlung gerade bei der Frühsyphilis und auf die Notwendigkeit schärfster Indikationsstellung. Von diesen kleinen Ausstellungen abgesehen, kann die Umbearbeitung als eine recht gelungene bezeichnet und die neue Auflage sehr empfohlen werden.

Memmesheimer (Bonn).

F. Voltz: *Dosierungstafeln für die Röntgentherapie.* München 1928. J. F. Lehmann. Preis Mk. 6.—.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage der Dosierungstafeln für die Röntgentherapie sind 7 Jahre vergangen, eine Zeit, in der sich die Röntgentechnik besonders in der Auswirkung auf die Therapie reich entwickelt hat. Apparatur und Röhren sind leistungsfähiger geworden, und die Methoden wurden bedeutend verbessert. Den veränderten Verhältnissen hat sich der Verfasser in der vorliegenden 2. Auflage des Buches angepaßt durch Aufnahme mehrerer neuer Kapitel und durch Erweiterung und Umarbeitung der anderen. Die Aufgabe des Buches ist die gleiche geblieben: das Dosieren im praktischen Röntgenbetrieb zu ermöglichen, ohne große zeitraubende Messungen und Berechnungen immer wieder vornehmen zu müssen. Das Buch will kein „Re-

Digitized by Google

zeptbuch" sein, sondern die unbedingt notwendige Anleitung zur Bestimmung physikalischer Größen, denn bei aller Betonung der biologischen Faktoren soll man nicht vergessen, daß die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen sich quantitativ nur an Hand physikalischer Konstanten ermitteln läßt. Das Buch ist daher für jeden röntgentherapeutisch arbeitenden Arzt unentbehrlich.

G. H. Klövekorn (Bonn).

Traugott Mann: *Spannungen.* Jugendbundbuchhandlung Woltersdorf, bei Erkner. 75 Seiten. Broschiert 1,20 Mk., gebunden 1,80 Mk.

Verfasser, ein Pädagoge, entwirft in seinem Werkchen Gedankengänge über die sexuellen Zustände unserer heutigen Jugend und gibt nicht nur dieser, sondern auch den Eltern und Erziehern wertvolle Ratschläge. In kurzen, übersichtlichen Kapiteln bespricht er die wichtigsten Themen wie Aufklärung, natürliche und unnatürliche Geschlechtsbefriedigung, die Geschlechtskrankheiten, das uneheliche Kind u. a. m. Aufklärung der Jugend ist wichtig und hat zur rechten Zeit und durch die geeignete Persönlichkeit zu erfolgen. Bei Depressionen ist der Arzt und nicht der Pfarrer der Tröster des Patienten. Der beste Schutz gegen die Geschlechtskrankheiten ist die Enthaltsamkeit. Auf die Chronizität und die Ansteckungsfähigkeit der Gonorrhöe wird mit Recht hingewiesen. Die an einer Stelle erwähnte „Unheilbarkeit" der Geschlechtskrankheiten mag ja abschreckend wirken, entspricht aber nicht den Tatsachen und kann zu ganz überflüssigen Depressionen führen. Im allgemeinen ist das Werk zu empfehlen, doch würde es seinen Zweck noch mehr erfüllen, wenn in seinen Zeilen nicht nur ein Pädagoge, sondern auch ein Mediziner zu Wort gekommen wäre. *Röntz* (Bonn).

Wenzel Goldbaum: *Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.* Verlag Georg Stilke. 1928.

Dieses in Stilkes Rechtsbibliothek erschienene Werkchen bringt nach einer einleitenden Übersicht über ähnliche Gesetze im Ausland und die Vorgeschichte des deutschen Gesetzes vom 18. Februar 1927 den Wortlaut und die amtlichen Erläuterungen zu diesem Gesetz. In einem Anhang werden alle die Fürsorgeverpflichtung und Fürsorgehandhabung in Hinsicht auf das neue Gesetz betreffenden Bestimmungen im Text angeführt. Den Abschluß bilden die von einigen Länderregierungen erlassenen Ausführungsbestimmungen und die vorläufige Anweisung des Volkswohlfahrtsministers zur Durchführung des Reichsgesetzes vom 18. Februar 1927. Es ist hervorzuheben, daß die einleitenden Bemerkungen des Verfassers eine für einen Juristen erfreuliche Objektivität in der Beurteilung der gedrückten wirtschaftlichen Lage des Ärztestandes bekunden und die Notwendigkeit der endgültigen Ausrottung des Kurpfuschertums, zu der dies neue Gesetz den Anfang bilden möge, betonen.

Abgesehen von den Ausführungen über die Fürsorgefrage, die für die Zwecke und Interessen der Ärzte etwas allzu weitgehend sind, wird der Arzt, der sich über einschlägige Fragen Auskunft holen will, in dem Büchlein schnell das Notwendige finden können. *Schmitz* (Bonn).

Digitized by Google

Personalien und Tagesnachrichten.

Zu Ehrenmitgliedern der Dermatologischen Gesellschaft in Kiew wurden Prof. *Jeanselme, Hudelo, Sabouraud* in Paris und Prof. *Samberger* in Prag ernannt.

Prof. Hofrat *Wagner v. Jauregg* in *Wien* wurde zum Ehrenmitglied des ärztlichen Vereins in München ernannt.

Dr. Friedrich *Dietel* hat sich in *Erlangen* für das Fach der Haut- und Geschlechtskrankheiten habilitiert.

Dr. Werner *Jadassohn* hat sich in *Zürich* für Dermtologie und Venerologie mit Einschluß der Strahlentherapie der Hautkrankheiten habilitiert.

Prof. Dr. *Jeanselme*, Paris, der wegen Erreichung der Altersgrenze von seiner Stellung zurücktreten wird, soll im Dezember eine Medaille feierlich überreicht werden. — Ebenso ist ein Komitee zusammengetreten, um dem bekannten Pilzforscher Dr. *Sabouraud* anläßlich seines Rücktritts von der Universität eine Büste und Medaille zu überreichen. Beiträge hierfür nimmt Dr. M. *Pignot*, Hospital St. Louis, entgegen. — Zum Nachfolger von Prof. *Jeanselme* ist Dr. *Gougerot* vorgeschlagen.

Der nächste französische Dermatologenkongreß wird unter dem Vorsitz von Dr. *Sabouraud im Juli* 1929 in *Paris* stattfinden. Als Referatvorträge sind in Aussicht genommen: die Prurigoerkrankungen, die polymorphen Erytheme und die Malariabehandlung der nervösen Syphilis.

Das Deutsche Hygienische Museum in *Dresden* hat kaum zerbrechliche und gegen Temperaturschwankungen beständige, also auch tropensichere plastische Nachbildungen von Hautkrankheiten herstellen lassen, die weniger schwer und billiger als die Wachsmoulagen sind. Interessenten erfahren Näheres Dresden A. 1, Zirkusstr. 38/40.

Wegen *Ankündigung der Behandlung von Geschlechtskrankheiten* ist *ein Heilkundiger* trotz Berufung zu 30 *RM* Geldstrafe verurteilt worden.

Digitized by Google

I.

(Aus dem Frauenkrankenhaus der Stadt Berlin.)

Beiträge zur normalen Anatomie des Nagels [1]).

Von

FELIX PINKUS.

Der menschliche Nagel ist eine gleichmäßige, dicke Hornplatte, die auf der Nagelmatrix entsteht. Er wächst das ganze Leben lang ohne Unterbrechung, fest auf dem Nagelbett aufliegend, nach der Fingerspitze hin. Wenn man den Nagel mit dem Aufbau der Haare vergleicht, scheint er recht einfache Verhältnisse darzubieten.

Sehen wir aber die anatomischen Beschreibungen *Henles*, *Köllikers*, *Zanders*, *Ranviers*, *Unnas*, *Boas*, *Rabls*, *v. Brunns*, *Bruhns* und *Hellers* an, so türmen sich Schwierigkeiten im Verständnis auf, die uns schon den Bau, noch mehr aber die Entstehung und die Mechanik des Nagels zu durchschauen verhindern. Wir geraten hier an dieselben noch recht undurchsichtigen Verhältnisse, mit denen wir beim Aufbau des Haares kämpfen. Durch erneute mikroskopische Durchforschung und sorgfältigen Wiederaufbau von Schnittserien glaube ich wenigstens über einen Teil der Verhältnisse Aufklärung erhalten zu haben. Ein anderer Teil hat von dieser Methode kaum einen Nutzen. Die feineren histologischen Verhältnisse an der Matrix können zwar durch sorgfältige histologische Durchforschung verstanden werden; sie plastisch aufzubauen ist unmöglich. Die hierfür zu liefernden Modelle müssen stets Schemata sein.

I. Teil.

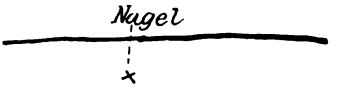
Das Vorderende des Nagels, insbesondere das Aussehen der Unterfläche des freien Nagels.

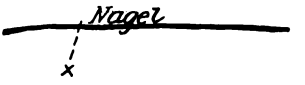
Der Nagel (die Nagelplatte) liegt auf dem Nagelbett flach, ohne Zwischenraum auf. Das Nagelbett ist die dorsale Ober-

[1]) Nach einem in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft gehaltenen Demonstrationsvortrag.

Digitized by Google

fläche des epithelialen Hyponychiums. Es ist, so aufgefaßt, nur ein mechanischer Begriff. Man kann aber auch das ganze Gewebe unter dem Nagel, nämlich Hyponychium, Papillarkörper





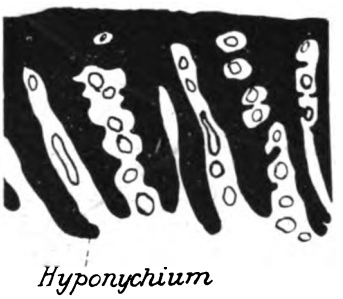


Abb. 1. Schwarz: Epithel, schwarze Kreise: Gefäßquerschnitte.

Abb. 2. Querschnitt durch Nagel und Hyponychium. Zwischen den schwarz gezeichneten Retezapfen (Schnitten der Reteleisten, Abb. 4) sieht man den Beginn der Einteilung in die übereinanderliegenden fingerförmigen Papillen, die in Abb. 1 schon viel deutlicher ist.

und tiefere Kutis, Nagelbett nennen. Dann ist es ein anatomischer Komplex. Vor dem Nagelbett löst sich die Nagelplatte von ihrer Unterlage ab und wächst frei hinaus.

Abb. 3. Nagel und Hyponychium noch weiter procimal als Abb. 2.

Die Epidermis des Nagelbettes ist sehr hübsch gebaut (Abb. 1). Ihr Epithel, das Hyponychium, besteht aus parallelen und im ganzen senkrechten Leisten. Diese sind näher der Nagelwurzel niederer (Abb. 2 und 3) als weiter vorn. Zwischen diesen Epithelleisten liegt der Papillarkörper, bestehend aus hohen bandförmigen Kutisleisten mit vielen Gefäßen. Nach vorn und nach hinten ändert sich dieser regelmäßige Bau. Nach dem vorderen Nagelende hin fließen die sehr zahlreichen *Epithelleisten* des Hyponychiums zu einer weit geringeren Zahl dicker, hoher Leisten zusammen (Abb. 4); die *Kutisleisten* teilen sich in lange, vorwärts gerichtete, gefäßhaltige, fingerförmige Papillen zwischen und in den dicken Epithelleisten. Die oberen Papillenfinger sind kürzer als die unteren (Abb. 5). Die über

Digitized by Google

den obersten Papillenfingern entstehende Hornschicht des Epithels ist die oberflächlichste, direkt unter der Nagelplatte. Die oberen Papillen enden weiter hinten im Epithel, die unteren weiter vorn, nach der Fingerspitze zu. Die *Unterfläche des Epithels* bildet hier eine distalwärts schräg abfallende Fläche, und parallel dazu rückt die *Oberfläche des Epithels* weiter hinab; die Nagelplatte geht in ihrer bisherigen Richtung flach weiter, und so entsteht ein Abstand zwischen dem geradeauswachsendem Nagel und der abwärtsgehenden Epidermis. Das Epithel dieser Stelle bildet Hornschicht von der Stelle an, wo es vom Nagel sich loslöst, und diese Hornschicht füllt die Spalte zwi-

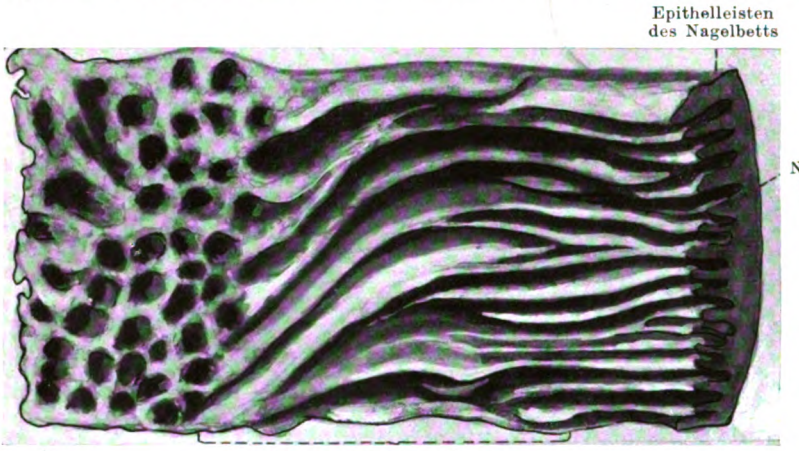


Abb. 4. Modell der Epidermis von unten gesehen Fünfzigmal vergrößert.

schen Nagel und Epithel aus. Die Oberfläche des Hyponychiums, auf dem der Nagel fest aufliegt, bildet, wie bekannt, keine Hornschicht.

Wo der Nagel dem Hyponychium glatt aufliegt, im Bereich des Nagelbettes, ist die Oberfläche des Hyponychiums (das Nagelbett) fast plan (Abb. 6). Diese Form endet da, wo der Zwischenraum zwischen Nagelplatte und Fingerepidermis beginnt. Die Oberfläche des Hyponychiums wird hier in wellige und kugelige Bezirke geteilt, und jedes dieser rundlichen Gebiete stellt das Epithel über dem Ende eines Papillenfingers dar. Hier beginnt das Epithel sich nun sehr von dem Epithel unter der Nagelplatte zu unterscheiden. Das Epithel unter der Nagelplatte verhornt wohl nicht, namentlich fehlt hier voll-

Digitized by Google

kommen das Keratohyalin, wenn auch vielleicht eine dünne, dem Hyponychium angehörende Hornlage, die die Gleitfläche für den Nagel bedeutet, vorhanden sein mag. Dagegen beginnt im Epithel über den fingerförmigen Papillen eine Verhornung, die in ihrer Art der sonst am Körper vorhandenen gleicht. Es bildet sich eine Keratohyalinschicht, je weiter distalwärts, desto dicker, und auf ihr eine lockere Hornschicht, die den Raum zwischen Nagel und Epitheloberfläche erfüllt. Dies ist die *subunguale Hornschicht;* sie gehört zum Nagel wie sich aus vergleichend anatomischer Betrachtung ergibt, denn diese

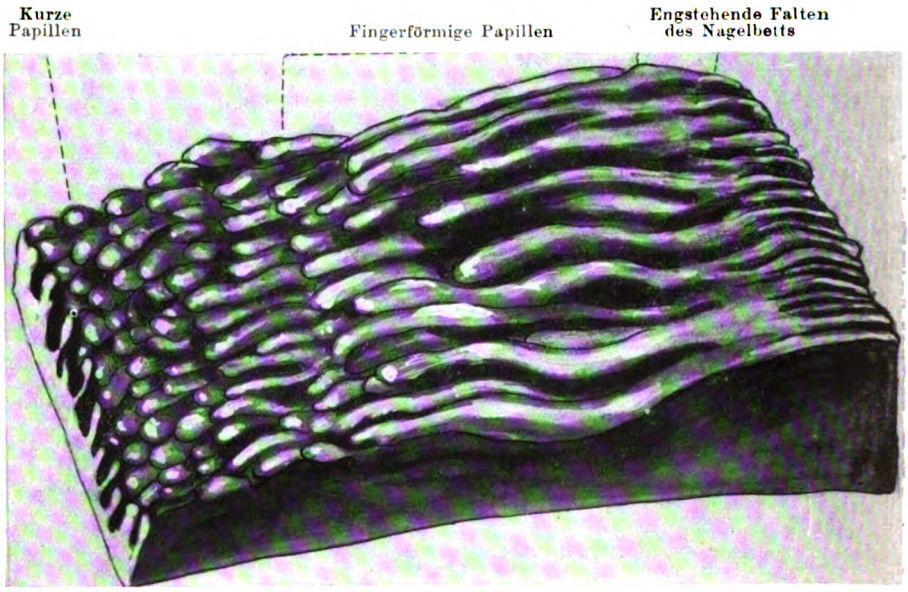


Abb. 5. Modell der Cutis. Fünfzigmal vergrößert.

Partie, welche sich unten an den Nagel anlagert, entspricht zwei wichtigen Bestandteilen der tierischen Klaue, *dem von der Terminalmatrix gebildeten Nagelteil und der Nagelsohle.* Hier besteht der Nagel also aus zwei Teilen, dem *Nagelblatt* (dem die terminale Nagelpartie sich anlegt) und dem Rest der subungualen Hornschicht oder der *Nagelsohle.*

Die Oberfläche des Nagels ist im ganzen glatt, abgesehen von einer feinen Längsstreifung, deren Ursache in der Struktur der Nagelmatrix liegt.

Die Unterfläche des Nagels ist, solange sie auf dem Nagelbett fest aufliegt, bis zur sogenannten gelben Linie, ebenfalls glatt. Diese gelbe Linie ist die Stelle des Beginns der subungu-

Digitized by Google

alen Hornanlagerungen an den Nagel, die zum Teil unlösbar an ihm hängen, also mit zum Nagel gerechnet werden müssen (subunguale Hornschicht entsprechend der terminalen Nagelplatte), zum Teil lose und mechanisch ablösbar sind (subunguale Hornschicht entsprechend der Nagelsohle). Der terminale Teil der Nagelplatte bildet Längsstreifen auf der Unterfläche des Nagels, nicht aus der Matrix am proximalen Nagelende entstanden, sondern am distalen Nagelende, und hier von unten unlösbar angelagert. *Rabl* beschreibt die fertigen Verhältnisse am vorderen Nagelende folgendermaßen: „Hier liegen breite und lange Epidermiszapfen, die im Innern verhornen können. Die Verhornung geschieht mit breiter Keratohyalinzone. Ein Teil des entstandenen Horns bleibt auf der Fingerhaut, ein Teil an der Unterfläche des Nagels haften. Die Breite dieser subungualen Hornschicht ist teilweise vom Grade der Nagelpflege abhängig."

Diese hier in Kürze wiedergegebene klare Beschreibung *Rabls* gibt eine vortreffliche Grundlage für alles weiterhin zu Schildernde. Sie stimmt mit der von mir anfangs gegebenen Beschreibung überein. Des Genaueren sieht man am Nagel aber noch sehr viel mehr.

Nimmt man den Abschnitt eines ungepflegten Nagels und schneidet ihn mit dem CO_2-Gefriermikrotom, was recht leicht in beliebiger Dicke möglich ist, so sieht man die Nagelplatte mit vielen interessanten Einschlüssen und Einteilungen, auf die hier noch nicht eingegangen wird, und unter ihr ein Arkadenwerk aus Horn. Die Oberfläche des Nagels ist ein glatter flacher Bogen, die Unterfläche nicht.

Auch an gutgepflegten, ganz sauberen Nägeln hängt an der Unterfläche des Nagels noch ein Teil der vom vordersten Abschnitt des Hyponychiums (Gegend der fingerförmigen Papillen) gebildeten Hornlage daran. Diese unten anhängende feste Hornmasse ist besonders stark an den Seitenteilen des Nagels, geringer in der Mitte der Nagelfläche. Hier besteht sie aus festen kleinen Bögen, die nach unten offen sind. In diesen Bögen oder Arkaden liegt eine Anzahl von Hornlamellen, dem Bogen folgend. Sie entstehen auf den distaleren, tieferen, kürzeren Papillenfingern. Diese Lamellen sind ziemlich locker gebaut. Die Arkaden aber sind recht fest, stark verhornt, fast so durchscheinend wie die Nagelplatte selbst, ihr unlösbar anhängend, im mikroskopischen Schnitt aber als Anhängsel anderer Art erkennbar. Ich glaube behaupten zu dürfen, daß die auf dem Querschnitt sichtbaren Arkaden die Querschnitte einer Längsstreifung sind,

Digitized by Google

und daß diese durch die fingerförmigen Papillen vorgebildet ist. Das Epithel über den obersten Papillen bildet die oberflächlichsten Schichten, die tieferen Papillen bilden immer tiefere

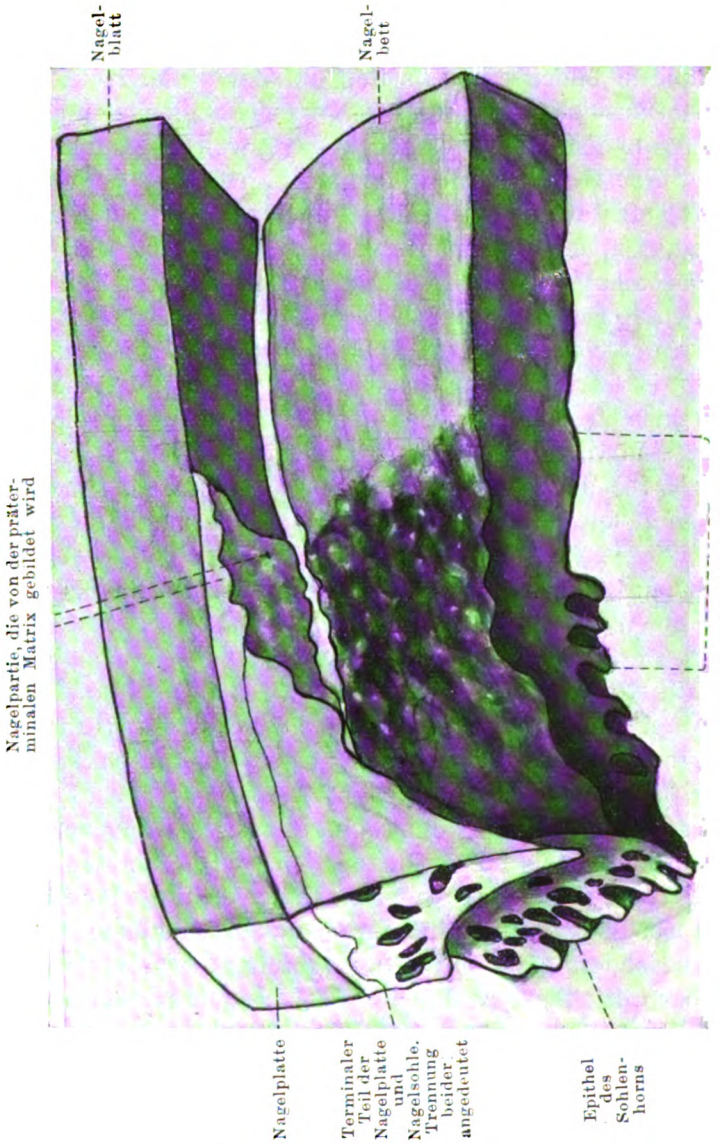


Abb. 6. Epithel des distalen Nagelendes. Schräg über dem Epithel die Nagelplatte mit den Hornmassen, welche vom vorderen Ende des Epithels unter dem Nagel gebildet werden. Modell fünfzigmal vergrößert. 1. Oberer Teil. Oben Nagelplatte, darunter subunguale Hornschicht. 2. Unterer Teil. Hyponychium und Epidermis vor diesem.

Schichten. Die obersten Papillen enden distal in einer ziemlich geraden Querlinie, wo die Nagelplatte sich ablöst; sie entspricht der gelben Linie (vgl. Abb. 5 und Abb. 6). An dieser Linie besteht ein Absatz, er stellt das distale Ende der Kutisleisten des Nagelbettes dar. Vor dieser Linie kommen aus der Kutis in einem

Digitized by Google

tieferen Niveau kürzere, ebenfalls vorwärts gerichtete Papillen hervor, über denen das dicke, lockere Epithel mit Keratohyalinverhornung liegt. Hier entsteht die subunguale Hornschicht, das Sohlenhorn, das den Raum zwischen Nagelplatte und Epitheloberfläche ausfüllt.

Wir haben also am Nagel eine *schwache oberflächliche Längsstreifung* und eine *starke untere Längsstreifung* der Nagelplatte. *Beide stimmen nicht überein*, sie stellen auch nicht die äußere Fortsetzung der inneren Längssegmentierung des Nagels dar. Auf die Längsstreifung der Nageloberfläche werde ich später eingehen. Das einzige, was ich hier sagen will, ist, daß sie, wie *Fanny Bruhns* richtig sagt, mit den Epithellängsleisten des Hyponychiums, das heißt des Epithels des Nagel*bettes* nichts zu tun hat, sondern von der inneren Struktur der Matrix abhängt. Die Epithellängsleisten des Hyponychiums sind, quer über das Nagelbett hinweggezählt, mehrere Hundert, die Längsstreifen der Nageloberfläche sind viel weniger zahlreich, etwa 40—70. Die Bögen, die von der Terminalmatrix ausgehen, und die der Nagelunterfläche fest anhängen, entsprechen Säulen von Horn, welche auf dem Epithel auf den Spitzen der fingerförmigen Papillen gebildet worden sind. Diese Papillen und Epithelfinger stellen die Basis der Terminalmatrix von *Boas* dar. Die tieferen Teile des Sohlenhorns vor dem vorderen Ende des Nagelbettes bilden eine weniger geordnete, diffuse Ausfüllung aus lockerer, löcheriger Hornschicht (Abb. 5). In dieser subungualen Hornschicht setzen sich Staub und Schmutzpartikel fest und das Ganze bildet den *Schmutz unter dem Nagel*, der im allgemeinen durch Nagelpflege entfernt werden kann bis auf die fest an der Nagelunterfläche anhaftenden Bögen der Terminalnagelplatte, die unzerstörbare Grundlage des Nagelschmutzes. Das Schwarze unter dem Nagel hat also eine physiologische Grundlage, das wabenförmige Gefüge der subungualen Hornschicht. Unsere Sauberkeit entfernt mit der Einlagerung auch Gewebsbestandteile, die nicht unbedingt unnütz sind; andererseits erklärt dieser Bau, warum diese Reinigungsmaßnahme so oft wiederholt werden muß und oft so erfolglos ist.

Wir haben also hier zwei Teile des Nagels vor uns: 1. die Nagelplatte aus a) Matrixplatte und b) Terminalmatrixanteil *oben*, und 2. die Nagelsohle *darunter*. Das sind die zwei Teile des Nagels, welche *Boas* vergleichend anatomisch durch die ganze Tierwelt verfolgt hat und die bei den Tieren mit Krallen viel deutlicher sind als beim menschlichen Nagel.

Digitized by Google

Die Abbildungen 4—6 sind nach Rekonstruktionen aus Serienschnitten durch die Fingerspitze eines Arbeiters hergestellt. Sie stellen die Rekonstruktion eines schmalen Streifens des Nagels, der unter dem Nagel liegenden Epidermis (Abb. 4 und 6) und der Kutis (Abb. 5) dar. Die letztere muß die Spalten und Löcher, welche in Abb. 4 dargestellt sind, ausfüllend gedacht werden. Die Bilder habe ich nach den Rekonstruktionen halbschematisch in ihrer natürlichen Größe angefertigt, der Druck gibt sie halb so groß wieder.

II.

(Aus der Dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Nürnberg [Vorstand: Prof. Dr. *E. Nathan*].)

Über den Mineralgehalt der Haut unter normalen und pathologischen Verhältnissen.

3. Mitteilung:

Über den Kalium-, Kalzium- und Wassergehalt pathologisch veränderter Haut beim Menschen.

Von

E. NATHAN und FR. STERN.

In zwei vorangehenden Mitteilungen[1]), [2]), auf die wir hinsichtlich unserer Fragestellung sowie aller technischen und methodischen Einzelheiten verweisen, haben wir über eine Untersuchungsmethode zur Bestimmung des K-, Ca- und Wassergehaltes der menschlichen Haut in kleinen Exzisionsstückchen sowie über die dabei in der normalen Haut gefundenen Werte berichtet. In Fortsetzung dieser Untersuchungen erlauben wir uns, in der vorliegenden Mitteilung über die Ergebnisse unserer weiteren Untersuchungen über den Mineralgehalt der Haut bei verschiedenen *Dermatosen* zu berichten. In einer folgenden Mitteilung werden wir im Anschluß daran entsprechende Untersuchungen bei experimentell gesetzten Hautentzündungen am Kaninchen mitteilen.

In der folgenden Tabelle 1 stellen wir die von uns an 0,5—2 g schweren Exzisionsstückchen ermittelten Werte für den K-, Ca- und Wassergehalt der Haut bei verschiedenen Dermatosen zusammen. Die Tabelle enthält die betreffenden Mineralwerte sowohl für den Naßgehalt als auch auf den Trockengehalt der Haut berechnet, sowie den prozentuellen Gehalt der Haut an Trockensubstanz und Wasser.

Digitized by Google

Tabelle 1.

Laufende Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Stelle der Exzision	Diagnose	Gehalt der Haut (Naßgewicht) an		Gehalt der Haut (Trockengewicht) an		Trockensubstanz der Haut in %	Wassergehalt der Haut in %
						Kalium	Kalzium	Kalium	Kalzium		
						in mg-%		in mg-%			
1	M.	♂	22	Oberschenkel	Psoriasis	133,3	9,5	405,2	28,9	32,9	67,1
2	D.	♂	21	Unterarm	„	148,6	8,1	596,8	32,5	24,9	75,1
3	Sch.	♀	12	Oberschenkel	„	160,1	10,8	635,3	42,8	25,2	74,8
4	D.	♂	19	„	„	86,6	8,5	351,8	34,7	24,6	75,4
5	L.	♂	31	„	„	105,5	7,3	393,6	27,2	26,8	73 2
6	L.	♂	20	Brust	„	100.0	8,2	354,6	29,1	28,2	71,8
7	H.	♀	55	Unterschenkel	akutes Ekzem	137,3	7,1	537,9	27,7	25,6	74,4
8	F.	♂	61	Unterarm	„ „	131,3	15,2	580,7	56,7	24,3	75,7
9	R.	♂	24	Oberschenkel	„ „	157,1	11,7	521,6	38,7	30,1	69,9
10	E.	♂	28	„	papulöses Ekzem	105,2	7,4	346,1	23,0	30,4	69.6
11	R.	♂	29	„	ekzematisierte Neurodermitis	132,3	11,4	475,9	41.0	27,8	72,2
12	S.	♂	24	Unterarm	seborrhoische Dermatose	97,9	12,0	352,2	41,8	27,8	72,2
13	G.	♀	63	Bauch	Erythrodermia universalis	109,8	10,9	430,0	42,5	25,3	74,7
14	G.	♀	63	Oberschenkel	„ „	124,6	12,6	381,0	38,5	32,7	67,3
15	G.	♀	63	Unterschenkel	„ „	111,3	9,6	479,7	41,4	23,2	76,8
16	G.	♂	25	Bauch	Toxidermie abklingend	112,7	9,8	312,2	24,4	36,1	63,9
17	B.	♀	19	Oberschenkel	Salvarsanexanthem	109,8	9,4	373,9	32.2	29,2	70.8
18	R.	♂	27	Oberarm	chron. Urticaria	107,6	14,8	361,3	50,7	29,8	70,2
19	F.	♂	32	Bauch	Pityriasis rosea	100.0	12,3	317,3	38,7	31,8	68,2

Digitized by Google

Besprechung der Befunde.

Wie die Tabelle 1 zeigt, fällt bei einem Überblick über die gesamten, bei den verschiedenartigen Dermatosen gefundenen Werte vor allem *die Gleichsinnigkeit in der Richtung der Verschiebung des K- und Ca-Gehaltes der Haut* bei den untersuchten Dermatosen auf, wenn man die mitgeteilten Werte mit unseren Normalwerten vergleicht. Der besseren Übersicht halber geben wir die Normalwerte in der folgenden Tabelle 2 nochmals an.

Tabelle 2.

	Gehalt der Haut, berechnet auf Naßgewicht an		Gehalt der Haut, berechnet auf Trockengewicht an		Gehalt d. Haut an Trockensubstanz in %	Gehalt d. Haut an Wasser in %
	K in mg-%	Ca in mg-%	K in mg-%	Ca in mg-%		
Mittelwerte aus 15 Analysen . .	79,6	7,6	257,5	24,5	31,3	68,7
Maximalwerte . .	109,9	10,8	367,5	33,8	34,1	70,6
Minimalwerte . .	50,6	5,1	172,1	17,3	29,4	65,9

Bei diesem Vergleich zeigt sich, daß die *Ca-Werte in der erkrankten Haut an der oberen Grenze der Norm lagen oder erhöht waren*, und daß die *K-Werte fast durchgängig erhöht oder sogar stark erhöht* waren. Der *Wassergehalt der Haut bewegte sich an der oberen Grenze der Norm, war aber auch oft erhöht, nur in einem Fall erniedrigt.* Dazu steht der *Gehalt an Trockensubstanz im umgekehrten Verhältnis.*

Bei den Fällen 1—6 (Psoriasis) fanden sich eigentlich bereits alle Befunde, wie sie auch bei den anderen Dermatosen erhoben werden konnten. So fanden sich bei *Psoriasis* relativ normale Ca-Werte, dagegen bei Fall 1, 2, 3 und 5 erhöhte K-Werte, in den übrigen beiden Fällen an der oberen Grenze der Norm liegende K-Werte; die Haut zeigte in allen Fällen, außer bei Fall 1, erhöhten Wassergehalt.

Auch bei den folgenden Dermatosen zeigte sich, wie schon betont, die Veränderung im Mineralgehalt der erkrankten Haut vorwiegend in der *Zunahme des Kaliums.* Es fanden sich immer wieder an der oberen Grenze der Norm liegende oder gesteigerte, zum Teil bis fast um 100 % erhöhte K-Werte. Dabei ergaben die besonders akuten Fälle (akute Ekzeme, ekzematisierte Neurodermitis), wie Fall 7, 8, 9, 11, die höchsten K-Werte. Bei den weniger akuten Fällen, und besonders bei den

Digitized by Google

oberflächlicheren Dermatosen, wie Fall 10 (oberflächliches, papulöses Ekzem), Fall 12 (seborrhoische Dermatose) und Fall 19 (Pityriasis rosea), waren dagegen die K-Werte am niedrigsten, sind aber, wie uns besondere Untersuchungen zeigten, auch in diesen Fällen dennoch als pathologische Werte anzusehen; in diesen und einigen anderen Fällen waren wir nämlich in der Lage, in der direkten Nachbarschaft der pathologisch veränderten Haut normale Haut mit zu exzidieren, wobei es sich herausstellte, daß die in dem erkrankten Hautbezirk ermittelten, an sich noch im Bereich des Normalen gelegenen Mineral- und Wasserwerte beim Vergleich mit den entsprechenden Werten der gesunden Haut als pathologisch anzusprechen waren. Aus unseren Protokollen teilen wir die folgenden Beispiele dafür mit (s. Tabelle 3).

Tabelle 3.

	Gehalt der Haut (Naßgewicht) an		Gehalt der Haut (Trockengewicht) an		Trockensubstanz der Haut	Wassergehalt der Haut
	Kalium in mg-%	Kalzium in mg-%	Kalium in mg-%	Kalzium in mg-%	in %	in %
Fall D. Psoriasis.						
a) Normale Haut	80,0	9,5	266,6	31,7	30,0	70.0
b) Patholog. Haut	86,6	8,5	351,8	34,7	24,6	75,4
Fall S. seborrhoische Dermatose.						
a) Normale Haut	71,0	10,5	218,5	32,4	32,5	67,5
b) Patholog. Haut	97,9	12,0	352.2	41,8	27,8	72.2
Fall F. Pityriasis rosea.						
a) Normale Haut	84.2	6,8	246,9	19.9	34,1	65,9
b) Patholog. Haut	100,0	12,3	317,3	38,7	31.8	68,2

Aus den mitgeteilten Werten ergibt sich, daß die in dem pathologisch veränderten Hautbezirk gefundenen, an sich an der oberen Grenze des Normalen liegenden Mineral- und Wasserwerte unter Berücksichtigung des Mineral- und Wassergehaltes der gleichzeitig exzidierten benachbarten normalen Haut in den angeführten Fällen doch schon als pathologisch anzusehen sind.

Die *Ca-Werte* der pathologisch veränderten Haut liegen im allgemeinen ebenfalls höher als die der normalen Haut, wenn auch viele Ca-Werte sich durchaus noch an der oberen Grenze des Normalen halten. Aus der obigen Gegenüberstellung der Mineralverhältnisse der normalen und pathologischen Haut der Fälle 4, 12 und 19 (vgl. Tabelle 3) ersieht man aber, daß auch der Ca-Gehalt der Haut bei entzündlichen Prozessen erheblich

Digitized by Google

ansteigen kann, wenn auch im allgemeinen die Erhöhungen des Ca prozentual mit der des K bei weitem nicht zu vergleichen sind.

Der *Wassergehalt* der entzündeten Haut ist im akuten Stadium durchweg erhöht, ein Befund, der durch die seröse Durchtränkung des Gewebes restlos zu erklären ist. Dagegen finden wir bei nicht akuten und oberflächlicheren Krankheitsprozessen der Haut oft noch einen innerhalb der normalen Werte liegenden Wasser- bzw. Trockensubstanzgehalt der Haut, wobei aber, ähnlich wie bei den Mineralwerten (vgl. Fall 4, 12 und 19 der Tabelle 3), trotzdem schon eine geringe pathologische Verschiebung im Wassergehalt der pathologischen Haut im Vergleich mit dem der normalen Haut vorliegen kann. Eine Ausnahmestellung in bezug auf den Wassergehalt nimmt lediglich der Fall 16 (Tabelle 1) ein; bei ihm ist der Trockenrückstand in der pathologisch veränderten Haut absolut höher als sonst in der normalen Haut. In diesem Fall war zur Zeit der Untersuchung das akute Stadium der Toxidermie bereits abgeklungen, und es bestand nur noch neben leichter Infiltration und Rötung starke Trockenheit und Abschilferung der Haut. Der in diesem Fall gefundene erhöhte Trockenrückstand, das heißt Wasserverlust, dürfte wohl mit dem Stadium der Erkrankung zu erklären sein. Den gleichen Befund konnten wir nämlich bei unseren Tierversuchen im entsprechenden Stadium, das heißt beim Abklingen experimentell gesetzter Entzündungen erheben.

Da wir bei allen von uns bis jetzt untersuchten Dermatosen Veränderungen im Mineralgehalt der Haut in gleicher Richtung fanden, scheint es uns möglich, aus unserem Material Mittelwerte usw. zum Vergleich mit den von uns für die normale Haut angegebenen Werten zu berechnen (s. Tabelle 4).

Ein Vergleich der vorstehenden Tabelle 4 mit der Tabelle 2 ergibt eine deutliche Illustration der eben besprochenen Befunde.

Tabelle 4.

	Gehalt der Haut (Naßgewicht) an		Gehalt der Haut (Trockengewicht)an		Trockensubstanz der Haut	Wassergehalt der Haut
	Kalium in mg-%	Kalzium in mg-%	Kalium in mg-%	Kalzium in mg-%	in %	in mg-%
Mittelwerte aus 19 Analysen pathologischer Haut	118,5	10,4	433,0	36,4	28,2	71,8
Maximalwerte . .	160,1	15,2	635,3	56,7	36,1	76,8
Minimalwerte . .	86,6	7,1	312,2	23,0	23,2	63,9

Digitized by Google

Die schon betonte Gleichmäßigkeit unserer Befunde bei verschiedenartigen Dermatosen (Zunahme des Ca- und insbesondere des K-Gehaltes sowie des Wassergehaltes in der erkrankten Haut usw.) läßt ohne weiteres den Schluß zu, daß die von uns gefundenen Verschiebungen im Mineralgehalt der Haut nicht für bestimmte Hauterkrankungen spezifisch oder charakteristisch sind, sondern lediglich mit den allgemeinbiologischen bzw. physiko-chemischen Vorgängen im Zusammenhang stehen, die sich in einem entzündlich verändertem Gebiet abspielen. Aus dem gleichen Grund kann diesen Mineralverschiebungen auch keine ätiologische Bedeutung für die Entstehung der Hauterkrankung zukommen. Viel schwieriger ist dagegen die Frage zu beurteilen, ob und in welchem Zusammenhang die Mineralverschiebungen in der Haut mit den von uns bei Dermatosen unter bestimmten Umständen ziemlich konstant nachgewiesenen Mineralverschiebungen im Blutserum stehen. Dabei dürfte eine direkte Abhängigkeit beider Vorgänge voneinander wohl unwahrscheinlich sein.

Zusammenfassung.

1. Bei entzündlichen Erkrankungen der Haut ändert sich der K-, Ca- und Wassergehalt der Haut.

2. Dabei erfährt das K den stärksten, das Ca einen etwas geringeren Anstieg.

3. Der Wassergehalt steigt im akuten Stadium von Hauterkrankungen an, bewegt sich dann in normalen Grenzen und kann mit dem Abklingen der entzündlichen Veränderungen subnormale Werte erreichen. Der Trockengehalt der Haut verhält sich dementsprechend umgekehrt.

4. Diese Veränderungen im Mineral- und Wassergehalt der Haut sind nicht für bestimmte Hauterkrankungen spezifisch oder charakteristisch, sondern stehen lediglich mit allgemeinbiologischen bzw. physiko-chemischen Vorgängen im Zusammenhang, die sich in einem entzündlich verändertem Gebiet abspielen.

5. Den Mineralverschiebungen in der Haut kommt daher auch keine ätiologische Bedeutung zu.

Literaturverzeichnis.

[1]) *E. Nathan* und *Fr. Stern*, Dermat. Ztschr. Bd. 53. S. 451. 1928.
[2]) *Dieselben*, ebenda. Bd. 54. S. 14. 1928.

Digitized by Google

III.

(Aus der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Charlottenburg [Prof. *C. Bruhns*].)

Über die Bruck'sche Reaktion auf Lues mit aktivem Serum.

Von

E. KADISCH.

Verschiedentlich wurde in der neuesten Zeit wieder auf den Wert der Aktivmethoden in der Serodiagnostik hingewiesen. *Bruck*[2]) selbst und *Bruck, Behrmann* und *Rosenberg*[1]) berichten über eine neue Versuchsanordnung.

Im Laufe meiner Untersuchungen über aktive Reaktionen speziell über Luesreaktionen[3]) habe ich nahezu 6000 Prüfungen nach der Bruckschen Technik angestellt. Vergleiche an ca. 1000 Seren hatten keine nennenswerten Differenzen gezeitigt, wenn die Reaktion mit halben Dosen angestellt wurde. Daher möchte ich hier über 3261 Untersuchungen berichten, die mit *einer* Extraktserie nach genau identischer Technik angestellt wurden.

Technik der Versuche.

	1	2	3	Kontrolle 1	Kontrolle 2
Serum	0,25	0,25	0,25	0,25	0,125
Antigen 0.5 ccm	1 + 14	1 + 29	3 + 97	—	—
NaCl-Lösung, 0,85 % ig.	—	—	—	0,5	0,625
Schütteln, dann 1 Stunde Brutschrankaufenthalt					
Hammelblutkörperchen-suspension 1 % ig . .	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Die maßgebende Ablesung fand nach einer Stunde Brutschrankaufenthalt statt. Nach 24 Stunden wurde eine Kuppenablesung vorgenommen, deren Resultate in dieser Arbeit nicht verwertet sind. Der von mir verwandte

[1]) Kongreß d. Derm. Ges. Bonn 1927. C. Ht. 25/41.

[2]) Klin. Wschr. 1926. Nr. 25. p. 1176.

[3]) Derm. Wschr. 1927. p. 1029; Med. Kl. 1926. Nr. 43; vgl. auch *Heinemann*, Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 31. H. 11. S. 552. 1927. M. m. W. 1928.

Digitized by Google

Extrakt war ein üblicher Menschenherzextrakt mit Zusatz von 4% einer 1%igen Cholesterinlösung.

Die Wa.R. fand nach üblicher Technik statt. Die M.T.R. wurde nach der Elkelesschen Kuppenablesung gewertet.

Das vorhandene Material der nach dieser Technik untersuchten Seren wird unter zwei Hauptgesichtspunkten besprochen werden. Der *erste Gesichtspunkt* ist der *serologische* und theoretische. Dieser läßt die klinische Diagnose außer Betracht und vergleicht die Ergebnisse der *Bruck*'schen Reaktion mit der parallel angestellten *Wassermann*schen und *Meinicke*schen Trübungsreaktion. Der *zweite Gesichtspunkt* vergleicht die serologischen Ergebnisse mit der *klinischen* Diagnose. Zuvor wird besprochen die:

Kontrollenhemmung.

In 292 Fällen = 9% der Seren trat in den Kontrollen keine Lösung ein. Eine Ablesung der Reaktionen dieser Seren konnte mithin nicht stattfinden. Da es sich bei jeder aktiven hämolytischen Reaktion um die Verwendung des normalen Hammelblutambozeptors des Menschenserums sowie des normalen Menschenblutkomplementes handelt, muß eine jede derartige Reaktion in jenen Fällen versagen, wo einer dieser beiden Faktoren oder beide nicht in genügender Menge vorhanden sind. Der Prozentsatz dieser Seren schwankt mit dem Patientenmaterial, er schwankt ferner mit der Aufbewahrungsart des Serums und mit der Zeit, welche verstreicht, bis das Serum zum Versuch verwandt wird. In Instituten, welche die Wa.R. und sonstige serologische Reaktionen nur zweimal die Woche anstellen, wird sich durch die hierdurch bedingte längere Lagerung eines Teils der Seren ein anderer Prozentsatz ergeben, in welchem die Kontrollen der *Bruck*schen Reaktion nicht gelöst haben. In der folgenden Tabelle sind die Hemmungen nach ihrer Stärke geordnet.

Tabelle 1.

Verteilung der Hemmungen.

Kontrolle 1	negativ	+	++	+++	++++
negativ		16 (2)	18 (4)	4 (1)	17 (4)
+	3 (0)	20 (7)	7 (3)	7 (2)	3 (1)
++	3 (0)	2 (1)	27 (9)	6 (2)	3 (1)
+++	0 (0)	1 (0)	2 (0)	25 (11)	14 (3)
++++	1 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	112 (48)

Digitized by Google

Mit diesen in den Kontrollen gehemmten Seren hat man in serologischer Hinsicht ein interessantes Material in Händen, bei welchem man unter den gegebenen Versuchsbedingungen sich an der Grenze des Antagonismus zwischen den lösenden Faktoren des aktiven Menschenserums und den hemmenden Faktoren befindet. Von der dick ausgezogenen treppenförmigen Grenzlinie der obigen Tabelle nach rechts zu befinden sich Seren, welche in Kontrolle 2 ebenso stark oder stärker gehemmt sind als in Kontrolle 1. Die Lösung ist hier also von dem Serumgehalt der Rohre abhängig. Links von der Grenze zeigen sich paradoxe Ausschläge. In diesen 13 Fällen treten also hemmende Eigenschaften des Serums in Erscheinung, während das lytische Vermögen unabhängig von den hemmenden Eigenschaften relativ gut ausgebildet ist. Da unter den gleichen Seren bei der Untersuchung nach *Wassermann* sich nur 6 Seren mit nachweisbaren eigenhemmenden Eigenschaften befunden haben (*Bruck* = 13), liegt die Vermutung nahe, daß durch die Inaktivierung auch eine Zerstörung eigenhemmender Fähigkeiten stattfinden kann. Hieraus ließe sich folgern, daß auch die Eigenhemmung eines Komplementes im Sinne der *Ehrlich*schen Theorie bedarf.

In der obigen Tabelle sind in Klammern die Zahlen der Seren gesetzt, bei welchen klinisch eine Lues nicht nachweisbar ist. Es ergibt sich, daß von den 292 Hemmungen 192 bei Luesseren stattfanden, in 100 Fällen war Lues anamnestisch und klinisch nicht nachzuweisen. Hieraus geht eindeutig hervor, daß eine Hemmung der Kontrollen der Br.R. mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Lues spricht. Interessant ist die Verteilung der Luesfälle auf die beiden Diagonalhälften der Tabelle. 98 der „non Luesfälle" kommen auf 181 Luesseren, deren Hemmung durch Komplement- oder Ambozeptormangel bedingt ist. Auf 13 Seren mit paradoxer Reaktion kommen nur 2 Seren, welche nicht Lues sind. Die paradoxen Reaktionen sprechen also in noch höherem Grade für Lues.

Es verbleiben nach Abzug der gehemmten Kontrollen 2869 Seren. Diese werden hier nach *Bruck*, *Wassermann* und *Meinicke*-Trübung verglichen. 2038 Seren zeigen in keiner der Reaktionen einen Ausschlag. Die restlichen 931 Seren sind in der folgenden Tabelle 2 nach der Stärke ihrer Ausschläge geordnet

Digitized by Google

Tabelle 2.

	Bruck-Rohr			Wa.R.	MTR.
	I	II	III		
++++	575	348	242	471	424
+++	75	45	28	36	36
++	85	51	32	90	134
+	73	61	26	8	92
negativ	123	426	603	326	245
Summe	931	931	931	931	931

Der Vergleich der Empfindlichkeiten

zeigt, daß, bezogen auf das erste Extraktrohr der Br.R., die Br.R. an erster Stelle steht. Sie ergibt 104 = 11% [1]) mehr ++++ Ausschläge als die Wa.R. und 151 = 16% mehr als die MTR. Noch auffallender ist hier der Vergleich der negativen Ausschläge. Die Wa.R. zeigt 203 = 22%, die MTR. 122 = 13% mehr völlig negative Ausschläge als Bruck erstes Rohr. Vergleicht man das zweite Rohr der Br.R. mit der Wa.R. und MTR., so hat hier die Empfindlichkeit des Bruck wesentlich nachgelassen, sodaß MTR. in bezug auf ++++ Ausschläge bereits um 123 = 13%, die Wa.R. um 76 = 8% der Br.R. überlegen sind. Die dritte Extraktverdünnung des Bruck ergibt bereits eine sehr starke Unempfindlichkeit dieses Rohres, so daß bei der rein serologischen Wertung sich eigentlich nur folgern läßt, daß Rohr 3 überflüssig ist. Rohr 1 ist empfindlicher als Wa.R. und MTR., Rohr 2 ist schon unempfindlicher als Wa.R. und MTR. Von Rohr 1 und 2 wird hiernach die klassische Wa.R. einge-

[1]) Ich habe absichtlich hier die Prozentzahlen auf *den* Teil der Seren bezogen, bei deren Untersuchung irgendein Ausschlag überhaupt vorhanden war. Es gibt dies sinngemäßere Resultate, als wenn, wie dies bei statistischen Arbeiten über serologische Untersuchungen oft üblich ist, die Prozentzahlen auf das gesamte Untersuchungsmaterial bezogen werden. Die Zahlen der Literatur sind dadurch in serologischer Hinsicht miteinander nicht vergleichbar, da das Verhältnis von irgend positiven Ausschlägen zu der Zahl der in allen geprüften Reaktionen negativen Seren starken Schwankungen unterworfen ist. So hat eine dermatologische Klinik mit zahlreichem luetischem Krankenmaterial selbstverständlich einen höheren Prozentsatz positiver Reaktionen resp. irgendwelcher Ausschläge zu verzeichnen als manches Untersuchungsamt, welchem die Seren in einem anderen Mischungsverhältnis von draußen zugesandt werden. Selbstverständlich wachsen durch diese Bezugnahme auf das serologisch irgendwie positive Material die Prozentzahlen an; ebenso wie die Differenzen würden sie bei der anderen Betrachtungsweise nur zirka ein Drittel der obigen Werte erreichen.

Digitized by Google

schlossen. In der Tabelle 2 ist ferner auffallend, daß die Br.R. in allen drei Rohren eine Tendenz zur partiellen Lösung zeigt. Diese Tendenz ist besonders hervortretend im Vergleich zur Wa.R., wo nur 8 + Ausschläge vorhanden sind, während Bruck erstes Rohr 73 Ausschläge dieser Stärke zeigt. Bei MTR. — mit der von mir angewandten Elkelesschen Kuppenablesung — ist die Zahl der + und ++ Ausschläge eine erstaunlich hohe, weit höher als bei der Br.R. und Wa.R. Über den Wert und Unwert wird erst weiter unten beim Vergleich mit den klinischen Diagnosen diskutiert. Hervorzuheben ist noch, daß die Zahl 75 für die +++ Ausschläge der Br.R. 1. Rohres, abgesehen von der Tendenz zu partieller Lösung, auch noch für die Empfindlichkeit der Reaktion als solcher spricht.

Um mir weiterhin ein Bild von der Empfindlichkeit zu machen, habe ich in Tabelle 3 eine Übersicht derjenigen Fälle gegeben, in denen nur eine der Reaktionen einen Ausschlag gezeigt hat. Diese Tabelle veranschaulicht, was die Br.R. durch ihre Empfindlichkeit aus dem Serummaterial herausholt, wenn die beiden andern Reaktionen versagen. Zum Vergleich stehen in der Tabelle die entsprechenden Ziffern für die Wa.R. und MTR. Die Tabelle ist fernerhin in drei horizontale Spalten gegliedert, aus denen die klinische Diagnose zu entnehmen ist.

Tabelle 3. *Alleinige Ausschläge.*

Klin. Diagnose	Wa.R.				S.	Bruck 1. Rohr				S.	MTR.				S.
	+	++	+++	++++		+	++	+++	++++		+	++	+++	++++	
Lues	1	10	2	6	19	23	31	28	48	130	18	17	2	3	40
Non Lues	0	11	0	2	13	13	8	6	6	33	3	4	1	2	10
Luesverdacht . . .	0	3	1	0	4	2	0	2	1	5	3	4	1	2	10
Summe	1	24	3	8	36	38	39	36	55	168	24	25	4	7	60

Aus der Tabelle ist zu entnehmen, daß die Br.R. in 168 Fällen als einzige einen Ausschlag gezeigt hat, wo die Wa.R. und die MTR. völlig gelöst haben. Die MTR. hat in 60 Fällen, d. h. nur im dritten Teil der Fälle als alleinige Reaktion einen Ausschlag gezeigt, die Wa.R. nur im fünften Teil der Fälle der Br.R., nämlich 36 Fälle. Dieser großen Empfindlichkeit steht andrerseits eine beträchtliche Unspezifität der Br.R. gegenüber. In 33 Fällen besteht klinisch keinerlei Verdacht auf Lues. Demgegenüber hat MTR. nur 10, Wa.R. 13 unspezifische Ausschläge. Die weiter oben bereits erwähnte Neigung der Br.R. zu partieller Lösung kommt auch in dieser Tabelle zum Ausdruck durch die Zahl der + Ausschläge. Wenn man sich zum Maßstab

Digitized by Google

macht, den + Ausschlag in bezug auf Lues nicht zu werten, so gewinnt hierdurch die Wa.R. nichts an Spezifität. Die Zahl der unspezifischen Bruckausschläge sinkt unter 20, die der MTR.-Ausschläge unter 10. Weiter oben in bezug auf Tabelle 2 hatte ich auf die große Zahl der +++-Ausschläge der MTR. hingewiesen. Wie sich hier nun aus Tabelle 3 in bezug auf die alleinigen Ausschläge der Reaktionen ergibt, hat die große Zahl der ++-Ausschläge für MTR. keine auffallenden Folgen betreffs unspezifischer Ausschläge gezeitigt. Im Gegenteil ist in bezug auf schwache Ausschläge als alleiniger Ausschlag die MTR. am spezifischsten, dann folgt die Wa.R. und als unspezifischste die Br.R.

Zur weiteren Klärung der *Spezifitäts*verhältnisse dient folgende Übersichtstabelle.

Tabelle 4.

	Bruck 1. Rohr			Wa.R.			MTR.		
Klin. Diagnose	L.	N. L.	?	L.	N. L.	?	L.	N. L.	?
++++	561	9	5	468	2	1	421	2	1
+++	64	8	3	35	0	1	35	1	0
++	74	10	1	73	14	3	117	10	7
+	54	16	3	7	0	1	84	6	2
negativ	90	25	8	262	51	13	186	50	9
Summe	843	68	20	845	67	19	843	69	19

(L. = Lues, N. L. = non Lues, ? = klinische Diagnose nicht feststellbar.)

Der Einfachheit halber ist in obiger Tabelle Rohr 2 und 3 der Br.R. unberücksichtigt geblieben. Die drei Unterspalten geben einen vergleichenden Überblick über die Spezifität der Reaktionen. Die Spalte ? war leider aus äußeren Gründen notwendig einzuführen, da in diesen Fällen eine genaue Beobachtung durch uns nicht stattgefunden hat, mithin die genaue Diagnose auch nicht zu eruieren war. In bezug auf die sicher unspezifischen Ausschläge ergibt nun die Tabelle 4, daß, bezogen auf das gesamte untersuchte Serummaterial, die Br.R. 4,5mal so viel unspezifische ++++-Ausschläge gezeigt hat wie Wa.R. und MTR. Die beiden letzteren Reaktionen halten sich in bezug auf Spezifität der starken Ausschläge ungefähr die Wage. In Prozenten beträgt die Unspezifität von Wa.R. und MTR. ca. 0,1[1]). Die Br.R. zeigt in ihren +++-Ausschlägen eine noch auffallendere Unspezifität. Der achte Teil der +++-Ausschläge von Bruck ist unspezifisch. Demgegenüber ist bei der Wa.R. nicht ein einziger Fall als sicher unspezifisch zu erweisen. Bei der

[1]) Bezogen auf das ganze Material!

Digitized by Google

MTR. ist ein Fall unter 35 Ausschlägen von +++ non Lues. In bezug auf die ++-Ausschläge sind sämtliche Reaktionen ungefähr gleichwertig. Die Spezifität hat gegenüber den +++-Ausschlägen beträchtlich nachgelassen.

Zusammenfassende Kritik.

1. Die Brucksche Reaktion ist an Empfindlichkeit der Wa.R. und MTR. wesentlich überlegen.

2. Die Unspezifität der Br.R. in bezug auf ++++-Ausschläge ist in meinem Material 4,5mal so groß wie die der Wa.R. und der MTR. Die Br.R. hat eine Neigung zu unvollständiger Lyse, durch welche auch bedingt ist, daß partielle Hemmungen der Br.R. wesentlich größere Prozentsätze unspezifischer Hemmungen enthalten als die entsprechenden Hemmungsgrade der Vergleichs-Reaktionen (vornehmlich +-Ausschläge).

3. Wenn bei Anstellung der drei Reaktionen in einem Fall nur eine Reaktion einen Ausschlag zeigt, so ist in diesem Falle ein ++-Ausschlag der Wa.R. bei meinem Material mit 50% Wahrscheinlichkeit unspezifisch. Hieraus ergibt sich die Forderung, daß ++-Ausschläge der Wa.R. als alleiniger Reaktion unter keinen Umständen irgendwie gewertet werden dürfen. Unter den gleichen Voraussetzungen hat selbst die Br.R., die in summa wie gesagt die unspezifische ist, nur ca. 25% unspezifische Ausschläge gezeigt.

4. Durch die Anstellung einer aktiven Reaktion, hier im besonderen der Br.R. neben den klassischen Reaktionen, wird die Reaktionsbreite bedeutend erweitert. Bei genauer Kenntnis der Schwächen der Reaktion steigert sie daher in Gemeinschaft mit Wa.R. und MTR. den Wert der serologischen Befunde für den Kliniker. Dies macht zum Teil ihre Nachteile wett, welche praktisch darin bestehen, daß der Serumverbrauch selbst bei halben Dosen ein ganz beträchtlicher ist und daß ein Ausfall an Seren durch Kontrollenhemmung entsteht — ein Fehler, der allen aktiven Reaktionen gemeinsam ist.

5. Entsprechend meinen Ausführungen schlage ich vor, die dritte Extraktverdünnung in der Br.R. fallen zu lassen, da durch diese nichts gewonnen wird. Durch ihren Fortfall tritt im Gegenteil eine Ersparung von Serum ein.

6. Das Studium der Kontrollhemmungen zeigt, daß Mangel an natürlichen hämolytischen Stoffen im Menschenserum öfter bei Luetikern als bei Nichtluetikern gefunden wird. Beruht die Hemmung in der Kontrolle auf Eigenhemmung des Serums, so spricht dies noch stärker für Lues. (Im Verhältnis 2:13.)

Digitized by Google

IV.

(Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Madrid
[Direktor: Prof. *J. S. Covisa*].)

Neue Schnelltechnik mit Aktivserum für die Serodiagnose der Syphilis.

Von

A. NAVARRO-MARTIN und M. HOMBRIA.

Im Jahre 1910 gaben *Bénard* und *Joltrain* eine Schnellmethode zur Serodiagnose der Syphilis als Vereinfachung der Wassermannschen Reaktion an. Die Autoren stützten sich dabei auf eine Arbeit von *Sabrazes* und *Eckestein*, die kurz vorher veröffentlicht worden war.

Das Wesentliche der Technik von *Bénard* und *Joltrain*, auf die wir uns beziehen, besteht darin, daß die Bindung des menschlichen Komplementes durch die spezifische Antigen-Antikörpermischung viel schneller vor sich geht als die Bindung des Komplementes durch den Komplex Ambozeptor-Blutkörperchen. Diese Tatsache erlaubt, die Mischung Aktivserum, Antigen und Blutkörperchen sofort in den Brutschrank zu bringen, wodurch die Reaktion durch Wegbleiben der ersten Inkubationszeit deutlich abgekürzt wird.

Die Technik von *Bénard* und *Joltrain* hat den großen Fehler, die verschieden starke hämolytische Wirkung der Seren nicht auszugleichen, sofern man einem Röhrchen mit 0,2 ccm Aktivserum in jedem Fall nur 0,1 ccm einer Hammelblutkörperchenaufschwemmung von 1:2 in physiologischer Kochsalzlösung zusetzt.

Die Tatsache der sofortigen Komplementfixation wurde später durch zahlreiche Untersucher bestätigt. Trotzdem hat die Methode der genannten Autoren die Praxis wenig befruchtet, ebenso wie es nachfolgenden Vorschlägen ging, die sich auf die Grundlagen desselben Phänomens stützten.

Wie wir wissen, haben *Rodillon* in Frankreich, *Kadisch* in Deutschland und *Tsü* in China Versuchsanordnungen mit Aktiv-

Digitized by Google

serum mitgeteilt, die sich auf die Beobachtungen von *Sabrazes* und *Eckestein* stützten. Die von dem Spanier *Calvin* vorgeschlagene Methode, die mit inaktiviertem Serum und Gefrierenlassen arbeitet, ist ebenfalls weniger sicher.

Die Methode von *Rodillon* wird nicht mit Aktivserum angestellt, sondern der Autor nimmt eine Mischung von aktivem und inaktivem Serum in verschiedenen Verhältnissen vor, wobei er mit der gleichen Dosis von hämolytischem Ambozeptor in allen Röhrchen arbeitet, während die Komplementmischung in allen Röhrchen verschieden ist, und zwar um so größer, je größer in der Mischung das Verhältnis von aktivem und inaktivem Serum ist.

Die Technik von *Tsü*, die erst vor einem Monat mitgeteilt wurde, haben wir in fast 50 Fällen angewandt. Nach unserer Ansicht hat sie die gleichen Fehler wie die Methode von *Bénard* und *Joltrain* sowie von *Kadisch*, und zwar deshalb, weil nicht in Rechnung gesetzt ist, daß die hämolytische Wirkung auf Hammelblutkörperchen bei den verschiedenen menschlichen Seren in weiten Grenzen schwankt. Ohne Zweifel kann dieser Fehler gelegentlich ernste Irrtümer beim Ablesen der Reaktion hervorrufen. Rein praktisch entspricht die Reaktion, wie sie die Autoren angeben, vollkommen der von *Wassermann*, aber ohne vorherige Titration von Komplement und hämolytischem Ambozeptor. Diese Klippe haben wir mit unserer Methode, die eigentlich nur eine Modifikation der Aktivmethode ist, wie sie im Institut *Pasteur* in Paris ausgeführt wird, zu vermeiden gesucht. Unsere Modifikation besteht darin, daß wir die Inkubationszeit, die bekanntlich 1½ Stunde bei 37° im Brutschrank beträgt, verringern. Ein weiterer Unterschied gegenüber der Methode des Institutes *Pasteur* ist der, daß wir, wie wir später sehen werden, die genaue Menge Hammelblutkörperchen zusetzen, wie wir bei vorhergehenden Titrierungen festgestellt haben.

Die Reaktion stellen wir folgendermaßen an. Für jedes Serum nehmen wir 6 Röhrchen. Von diesen dienen 3 zur Feststellung der hämolytischen Wirkung des Serums und die übrigen 3 für die Reaktion selbst. In jedes Röhrchen bringen wir 0,1 ccm aktives Krankenserum. Den 3 ersten, die zur Feststellung der hämolytischen Wirkung dienen, setzen wir 0,2, 0,4 und 0,6 gewaschene Hammelblutkörperchen in 4 %iger Aufschwemmung zu. Diese 3 Röhrchen bringen wir genau 10 Minuten in ein Wasserbad von 37°, wonach man die hämolysierende Wirkung

Digitized by Google

ablesen kann. Während dieser Zeit bereiten wir die Reaktionsserie vor, wobei dem ersten Röhrchen 0,1 und dem zweiten Röhrchen 0,2 ccm Antigen *(Bordet-Ruelens* 1:20) zugesetzt werden. Das dritte Röhrchen bleibt als Kontrolle ohne Antigen. Wir füllen mit physiologischer Kochsalzlösung bis zu 0,3 ccm auf, wobei 0,1 ccm dem ersten Röhrchen und 0,2 ccm der Kontrolle zugefügt werden. Nachdem wir die hämolytische Wirkung des Serums kennengelernt haben, setzen wir den 3 Reaktionsröhrchen die bestimmten Mengen von Hammelblutkörperchen hinzu. Nach Herstellung dieser Mischung bringen wir die Röhrchen in ein Wasserbad von 37° und machen nach 10 Minuten die Ablesung, wonach die Kontrolle natürlicherweise vollkommen hämolysiert ist.

Seit Beginn unserer Technik haben wir beobachtet, daß schwache Hemmungen, wenn sie spezifisch sind, während längerer Zeit anhalten. Wir finden nach 24 Stunden denselben Grad der Hemmung wie bei der Ablesung am Tage vorher. In Fällen, bei denen die Bindung nur spurweise eingetreten ist, ist es praktisch, die Ablesung vorsichtig vorzunehmen und sich nicht zu übereilen. Man läßt die Röhrchen noch einige Minuten auf dem Laboratoriumstisch stehen und liest dann ab. Wenn die Bindung nicht spezifisch ist, ist die Hämolyse in der angegebenen Zeit vollkommen beendet. In der Erklärung der spurweisen Bindungen sind wir noch sehr vorsichtig, sofern die hämolytische Wirkung des Serums sehr kräftig war. Wir haben nämlich beobachtet, daß sie sehr häufig vorkommen, wenn im Serum in der Titrationszeit 0,6 ccm Blutkörperchen hämolysiert wurden. In letzterem Falle schützen wir uns, indem wir den Röhrchen im Versuche niemals eine größere Blutkörperchenmenge als 0,5 ccm zusetzen.

Indem wir die Blutkörperchenmenge durch Titrierung feststellen, können wir immer die mittleren Werte gebrauchen. Ist nämlich die Hämolyse im 0,2-Röhrchen vollständig und fast vollständig im 0,4-Röhrchen, nehmen wir für die Reaktion eine Menge von 0,3 ccm.

Eine andere Erscheinung, mit der man rechnen muß, ist die, daß in dem Röhrchen mit 0,2 Antigen gelegentlich eine schwache Opaleszenz auftritt, besonders wenn der hämolytische Serumwert sehr klein ist. In diesem Falle ist bei der geringen Quantität der Mischung das Antigen in verhältnismäßig großer Menge vorhanden, wodurch eine Opaleszenz entsteht, wenn keine schwache spezifische Bindung erfolgt. Auf diese Opal-

Digitized by Google

eszenz braucht man keinen besonderen Wert zu legen. Ist zur Zeit der Titrierung die hämolytische Kraft des menschlichen Serums gleich Null, setzen wir jedem Reaktionsröhrchen nur einen einzigen Tropfen Blutkörperchen zu, wobei in der Mehrzahl der Fälle eine definitive Ablesung mit Sicherheit erreicht werden kann.

Bis heute haben wir mit unserer Reaktion 670 Seren untersucht, gleichzeitig mit *Meinicke* (M. T. R.) und *Wassermann* (inaktiviertes Serum). Von diesen 670 Seren waren mit den drei Reaktionen gleichzeitig positiv 119 und negativ 435. Es ergab sich also eine Übereinstimmung in 554 Fällen und keine Übereinstimmung bei 116 Fällen. Übereinstimmende Resultate fanden sich also in 82,9 %.

Unsere Methode stimmte mit der von *Meinicke* in 592 Fällen (88,35 %) und mit der von *Wassermann* in 588 Fällen (87,76 %) überein. Sie war allein positiv in 35 Fällen, von denen 32 sicherlich syphilitisch erkrankt waren mit oder ohne klinische Erscheinungen. Bei zweien konnten wir keine Krankengeschichte bekommen, und im dritten Falle handelte es sich um einen Ischiaskranken ohne spezifische Anamnese. Bei einer neuen Vornahme der Reaktion einige Tage später fand sich in diesem Fall ein negatives Resultat.

Zusammenfassend stellt unsere Technik durch Wegfall der ersten Inkubationszeit eine große Zeitersparnis dar. Die Methode besitzt dieselbe Empfindlichkeit, wie sie alle diejenigen, die mit der Aktivmethode arbeiten, festgestellt haben *(Hecht, Rubinstein, Weinberg, Levaditi, Muttermilch, Bruck* u. a.). Die Überlegenheit der Reaktion gegenüber den anderen Aktivmethoden besteht in ihrer Zeitersparnis und in dem Ausschluß unspezifischer Bindungen, die durch die Titrierung der hämolytischen Kraft des kranken Serums erreicht wird. Diese Genauigkeit ist ebenso groß, wie sie bei den Inaktivmethoden durch Komplement- und Ambozeptortitrierung erreicht wird.

Literaturverzeichnis.

R. Bénard und *E. Jolltrain*, Soc. de Biol. Bd. 69, S. 241. 1910. — *Calvin*, Inaug.-Dissertat. Madrid 1927. — *Kadisch*, Med. Kl. 1926. S. 1649. — *G. Rodillon*, La réaction de Wassermann, rendue simple et précise. 2. Aufl. Maloine, Paris. — *Sabrazes* und *Eckestein*, Lancet 1910. S. 232. — *Tsien Yung Tsü*, Klin. Wschr. 1928. S. 119.

Digitized by Google

V.

(Aus der Dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin [Dirig. Arzt: Prof. *Löhe*].)

Über primäre Angina bismutica.

Von

Dr. HERBERT ROSENFELD.

In unseren Untersuchungen über den *Wismutsaum* und seine Beziehungen zum Gesamtorganismus (Derm. Ztsch. Bd. 50, Heft 6) wiesen wir bereits auf das Bestehen einer *Angina bismutica* analog der Angina mercurialis hin. Es handelte sich um das Auftreten der als Wismutsaum am Zahnfleisch bekannten blau-schwarzen Pigmentierung (Wismutsulfid) an den Tonsillen. Wir erwähnten hierfür zwei Fälle; der erste betraf eine Frau, die nach der dritten Injektion Bi (Mesurol) eine intensive blauschwarze Pigmentierung der rechten Tonsille um einen, in der oberen Nische sitzenden stinkenden Tonsillarpfropf bekam. Im zweiten Falle trat eine intensive Pigmentierung an der linken Tonsille nach der siebenten Injektion mit Albuminurie und Zylindrurie auf. Den ersten Fall führten wir als Beispiel für die Wichtigkeit lokaler Ursachen, z. B. der Fäulnis für die Entstehung des Wismutsulfidniederschlages an. Er gehört wohl in das Gebiet der Angina bismutica hinein, man muß aber nach unserer heutigen Kenntnis der Dinge diese Art der Pigmentierung um eine *bereits bestehende Nekrose* als *sekundäre Angina bismutica* bezeichnen, ebenso die im Verlaufe einer Stomatitis auftretenden Veränderungen an den Tonsillen. Im zweiten Falle handelte es sich auch nicht um eine eigentliche Entzündung, sondern um Pigmentierung der Tonsille als Teilerscheinung des ja stets mit Nierenschädigung einhergehenden generalisierten Bi-Saumes der Mundhöhle.

Wir teilten in der oben erwähnten Arbeit die Bi-Pigmentierungen *ohne Stomatitis* ein in 1. auf das Zahnfleisch lokalisierten Saum, der fast bei jeder Bi-Injektionskur auftritt, der harmlos ist und Fortsetzung der Kur erlaubt;

Digitized by Google

2. in den generalisierten Saum der Mundhöhle, der stets mit Nierenschädigung (Albuminurie, Zylindrurie) einhergeht und Aussetzen der Kur verlangt.

Diese Einteilung hat sich uns bewährt. Erwähnen müssen wir, daß bei Verwendung eines anderen Bi-Präparates *(Casbis)* — wir arbeiteten damals mit Mesurol — der generalisierte Saum sowie die Nierenbefunde zweifellos *seltener* auftreten. *Prinzipiell* bestehen jedoch keine Unterschiede, auch nicht bezüglich des Ausbleibens des Bi-Saumes in der zweiten Hälfte der Gravidität und bei Kindern.

Bei beiden Präparaten sahen wir das *vorzeitige* Auftreten bei Allgemeinerkrankungen (z. B. Nierenkrankheiten), wie auch die folgenden Fälle zeigen.

Ein anderes wegen der Seltenheit und diagnostischen Schwierigkeit bemerkenswertes Bild boten zwei auf unserer Abteilung in letzter Zeit befindliche Fälle dar.

Der erste entwickelte sich unter unseren Augen. Eine 20jährige Arbeiterin, die 1926 Lues und Gonorrhoe acquiriert hatte — 2 Kuren, letzte Juni 1927 —, wurde Februar 1928 mit Ikterus, Cholecystitis bei negativer Wa.R. und mit doppelseitiger Pyelitis eingeliefert. Nach Abklingen der Gallenaffektion und Rückgang der Pyelitis Beginn mit antisyphilitischer Wiederholungskur. 4. 5. 0,5 ccm Casbis intramuskulär. 7. 5. 1,0 ccm, 10. 5. 1,0 ccm. Am nächsten Tag stellte sich abends lebhafte Rötung und Schwellung der rechten Tonsille ein. Temp. normal. Am nächsten Morgen etwa pfennigstückgroßes, pseudomembranös belegtes Ulkus mit Substanzverlust. Beläge greifen auf den rechten Gaumenbogen über. Temp. 36,9°. Lebhafte Rötung, Schwellung, Schluckbeschwerden. Urin: Alb. +, Sediment: außer Leukozyten und Bakterien vereinzelte granulierte Zylinder. Einen Tag später dehnten sich Ulzeration und Belag über den vorderen Gaumenbogen bis zur Uvula aus, während die linke Tonsille frei blieb. *Plaut-Vincent* negativ. Patientin wird unter der Differentialdiagnose Angina Plaut-Vincent und *Diphtherie* auf die Quarantäne verlegt. Temp. 37,4°. Diphtherieabstrich wiederholt negativ. Blutbild: Leukozyten 8800, Eosinophile 1 %, Stabk. 11 %, Segmentk. 65 %, Lymphoz. 17 %, Mono. 6 %. Urin: Diazo negativ, Urobilinogen negativ.

Am 4. Tage bildete sich am Gaumenbogen sowie an Tonsille und Zäpfchen ein typischer blauschwarzer Hof. Urin: Alb. +, im Sediment granulierte Zylinder. Beläge im Rückgang. Blauschwarze Pigmentierung nimmt am 5. Tage zu; sie ist auch am Zahnfleisch sichtbar. Am linken Zungenrand längsovaler, blauschwarz-gefärbter Herd mit oberflächlichem fetzigen gelbweißen Belag; am Zungenrande einzelne, schwarzblaue Stippchen.

Am 6. Tage (Rückverlegung auf die dermatologische Abteilung) typische, universelle Bi-Stomatitis. Foetor ex ore, Zungenrand und Wangenschleimhaut sind membranös belegt und blauschwarz pigmentiert. Submaxillare Drüsenschwellung. Der ulzeröse Substanzverlust an der Tonsille granuliert zu. Urin: Alb. ++, Sediment: außer Bakterien und Leukozyten reichlich granulierte Zylinder. 23. 5. (12. Tag.) Unter Jodoform-Streifeneinlage und H_2O_2-Spülungen promptes Abheilen der Stomatitis. Es restiert die blauschwarze Pigmentierung an Tonsillen, Wangenschleimhaut und Zunge. Sediment: granulierte Zylinder. Am 31. 5. (20. Tag) ist die Stomatitis gänzlich abgeheilt. Nur an der Zunge bestehen noch stecknadelgroße, grauschwarze Stippchen, die *kapillarmikrosko-*

Digitized by Google

pisch die von uns beschriebenen typischen Schollen und Körnchen in den Gefäßwänden aufweisen. Dieser Befund bestand auch noch am Entlassungstage (31. 6. 1928).

Ein *2. Fall* betraf eine 57jährige Frau mit Aortitis syphilitica (mit Kapillarpuls) und Tabes dorsalis, die nach Beendigung einer Kur (10 Injektionen Casbis) an Halzschmerzen erkrankte. Patientin wurde 8 Tage nach Beginn der Erkrankung an Diphtherieverdacht eingeliefert und erhielt 1000 E. Hammelserum. Es handelte sich um ein weißlich-belegtes Ulkus mit pfennigstückgroßer Nekrose auf der linken Tonsille mit Rötung und Schwellung verbunden, übergreifend auf den linken Gaumenbogen. Keine wesentliche Drüsenschwellung. Da Diphtherieabstriche, ferner Plaut-Vincent negativ waren, das Blutbild keine wesentlichen Veränderungen aufwies (Leukozyten 5400, Eosin. 1%, Segmentk. 66%, Lymphoz. 26%, Mono. 7%) und der Wassermann stark positiv war, wurde die Affektion zunächst als luetisch angesehen (Patientin verschwieg die Kur); Jodkalimedikation. Temp. 37,5°. Als wir die Patientin 3 Tage später sahen, befand sich um das Ulkus auf der Tonsille herum und am Gaumenbogen typische blauschwarze Bi-Pigmentierung, die bei der Aufnahme noch nicht bestand, gleichzeitig beginnende Stomatitis besonders an der Wangenschleimhaut gegenüber den Molaren, ferner umschriebene Bi-Stippchen an der Zunge. Urin: Alb. +, Sediment: granulierte Zylinder. Die entzündlichen Erscheinungen gingen unter der oben erwähnten Therapie in kurzer Zeit zurück, die Bi-Pigmentierungen, die ebenfalls im Kapillarmikroskop sichtbar waren, blieben dagegen gleichzeitig mit der Zylindrurie bis zu dem nach 3 Monaten an Herzdekompensation erfolgten Tode bestehen.

Während wir die eingangs erwähnten Fälle als *sekundäre Angina bismutica* bzw. als *alterative Pigmentierung* der Tonsillen ohne Entzündung auffassen müssen, haben wir es bei den eben geschilderten Fällen mit einer *primären* Angina bismutica zu tun, die zuerst — *ohne vorangehende Stomatitis — mit Nekrose* der Tonsille beginnt, ohne Fieber und klinisch der Angina *Plaut-Vincent* ähnlich verläuft[1]). Sowohl von dieser Erkrankung wie von *Diphtherie* ist sie vor allem durch den fehlenden *bakteriologischen* Befund abzugrenzen. Erst *sekundär* tritt nach einigen Tagen der sichtbare Wismutsaum (Wismutsulfid-Niederschlag) auf, der zusammen mit der jetzt nebenher bestehenden Stomatitis die Diagnose ermöglicht. Charakteristische Veränderungen des Blutbildes bestanden in beiden Fällen nicht. Die eben geschilderten Befunde, insbesondere der fehlende bakteriologische Befund, schließen die Annahme einer sekundären Pigmentierung bei einer Angina Plaut-Vincent oder Diphtherie

[1]) Bei dem von *François-Dainville* u. *Clercy* (Bull. de le soc. franç. de derm. et de syphilogr. Jg. 32. Nr. 7. 1925) publizierten Fall handelte es sich ebenfalls um *sekundäre* Angina nach Erkrankung des Zahnfleisches, während das von *Gaté, Gaillard* u. *Bertoin* (Lyon méd. Bd. 137. 1. 1926) beschriebene Bismutid vom Typ der Angina Vincent klinisch analog unseren Fällen verlief, jedoch den für die Angina Vincent charakteristischen Bakterienbefund aufwies.

Digitized by Google

aus. Typisch ist auch das Hinzutreten der Stomatitis zu der ulzerösen Angina.

Auch hier muß man die bestehende Pyelitis (bzw. den vorangegangenen Ikterus) in Zusammenhang mit dem außergewöhnlich frühzeitigen Auftreten der Bi-Schädigung (nach 2,5 ccm Casbis) bringen, ebenfalls im zweiten Fall die Aorteninsuffizienz (mit Kapillarpuls). Die in beiden Fällen auftretende Albuminurie und Zylindrurie sprechen auch für die Koinzidenz von Bi-Schädigung und Störungen des Gesamtorganismus.

Zusammenfassung: Primäre Angina bismutica mit primärer Nekrosenbildung an der Tonsille, Plaut-Vincent ähnlich, aber ohne bakteriologischen Befund, mit später eintretender Pigmentierung und Stomatitis verlaufend, muß abgetrennt werden von den früher geschilderten Fällen, die als *sekundäre Angina*, bzw. Bi-Pigmentierung der Tonsillen bei generalisiertem Bi-Saum der Mundhöhle aufgefaßt werden müssen.

Das Auftreten von generalisiertem Bi-Saum der Mundhöhle bei Verwendung von „Casbis" ist seltener als bei „Mesurol" zu beobachten, geht aber ebenfalls mit Schädigungen der Nieren einher und wird andererseits vom kranken Organismus begünstigt.

Literaturverzeichnis.

Löhe und *Rosenfeld*, Untersuchungen über den Wismutsaum und seine Beziehungen zum Gesamtorganismus. Derm. Ztschr. Bd. 50. Heft 6. — *Dieselben*, Ein einfaches Symptom zur Erkennung der Wismutintoxikation bei der Syphilisbehandlung. Med. Klin. 1927. Nr. 34.

Gesamte einschlägige Lit. bei *Juliusberg*, Nebenwirkungen der Wismutbehandlung i. Handb. d. Haut- u. Geschl.-Kr. Bd. 18. Springer 1928.

VI.

(Aus der Äußeren Abteilung des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt. [Prof. Dr. *Werther*].)

Milchheilfiebertherapie bei der Gonorrhoe des Weibes.

Von

Vol.-Assist. Dr. HORST BÖRNGEN.

In einer vor 4 Jahren veröffentlichten Arbeit aus unserer Abteilung von *Rumpel* konnte dargetan werden, daß mit einem Milchzyklus von je 10 ccm frisch sterilisierter Milch, an drei aufeinanderfolgenden Tagen intramuskulär verabreicht, ein

Digitized by Google

sehr günstiger therapeutischer Effekt erzielt wird. Der ersten Milchdosis unmittelbar voraus geht eine intravenöse Injektion von 0,5 Arthigon zwecks Mobilisierung der Gonokokkenherde. 266 Gonorrhoen waren damals in unserer Klinik auf diese Weise behandelt worden, 185 (= 69%) davon geheilt. Diese Allgemeinbehandlung mit Kuhmilch schloß sich der sonst üblichen örtlichen Therapie an, erwies sich aber als für den Erfolg ausschlaggebend.

Von unseren rund 1300 Fällen von Trippererkrankungen bei Frauen und Mädchen in den folgenden Jahren 1924—1927 wurden weiterhin 246 Patientinnen der Milchheilfieberbehandlung unterzogen. Bei 213 Kranken handelte es sich um eine Infektion von Urethra und Zervix, bei 26 lediglich um Zervixgonorrhoe und bei den restlichen 7 um Urethralgonorrhöe. 156 Fälle wurden durch *einen* Zyklus geheilt, bei 35 Fällen mußte er wiederholt und in 12 Fällen dreimal angewandt werden. Tripperkeime waren danach nicht mehr auffindbar. Diese Heilungen verteilen sich auf die erwähnten drei Gruppen folgendermaßen: U + C 133 (:156), C 19 (:26) und U 4 (:7). Als Kriterium der Heilung wird ein je sechsmaliges Negativbleiben der Abstriche vor und nach einer Kaseosanquaddelprovokation angesehen, zusammen also 12 einwandfreie Präparate. Außerdem wird die Menstruation als physiologische Provokation bewertet und die durch Kaseosanquaddeln mit ihr kombiniert.

Die auf die Zervix beschränkte Tripperinfektion weist den günstigsten Heilungsprozentsatz von 72% auf (vgl. *Rumpel:* 84%). Da die Zahl der behandelten reinen Urethralgonorrhoen (7) verhältnismäßig gering ist, kann dem Heilungsergebnis von 57% keine große Bedeutung beigemessen werden. Bei der Doppelinfektion von Harnröhre und Gebärmutterhals stellt sich der Prozentsatz der Heilungen auf 62% gegenüber 57% vor 4 Jahren.

Zusammenfassend kann betont werden, daß im Unterschied zu manchen anderen günstigen Erstergebnissen, welchen später weniger gute Resultate folgten (z. B. intravenöse Trypaflavin- und Gonoflavininjektionen), die weitere mehrjährige Erfahrung den Beweis geliefert hat, daß der Milchzyklus in 65% zu einer Heilung der weiblichen Trippererkrankungen führt.

Unter den 81 Fällen, wo nach einer Milchserie noch positive Gonokokken-Ausstriche vorhanden waren, zeigte sich bei mehr als der Hälfte (43) nur ein *einmaliges* Umfallen, dem dann unter der fortgesetzten örtlichen Behandlung ebenfalls die Heilung

Digitized by Google

Heilergebnisse der Milchfieberbehandlung bei weiblicher Gonorrhoe.

	Anzahl ( ) geheilt 1924	Prozent	Anzahl ( ) geheilt 1928	Prozent
U	24 (19)	79	7 (4)	57
C	106 (89)	84	26 (19)	73
U + C	135 (77)	57	213 (133)	62
Sa.	266 (185)	69	246 (156)	65

folgte. Bei weiteren 15 kam es zweimal zu einem positiven Gonokokkenbefund. Bei den übrigen 23 stellten sich drei- und vielmalige Rückfälle ein. Mitunter war dann eine Saprovitan- oder Malariabehandlung erfolgreich (s. *Hofmann*, Gonorrhoeheilungen bei Impfmalaria).

1925 publizierten Dr. *Odenthal* und *Kohl* (Aachen) einen besonderen Fall, wo ein Milchzyklus zu bedrohlichen Nebenerscheinungen geführt hatte, nachdem die Patientin zuvor schon auf Arthigoninjektionen allein sehr stark mit Temperatursteigerung, Schüttelfrost sowie Kopfschmerzen reagiert hatte. Dabei traten vorübergehend Schüttelfröste, Temperaturanstiege bis 43°, ein weicher, flackernder Puls sowie schwere Benommenheit mit Delirien auf. Unsererseits wurden solche Komplikationen bei reichlich 500 Fällen nie beobachtet. Gewiß sind die Einspritzungen schmerzhaft. Bemerkenswert dabei bleibt jedoch, daß diese Schmerzen mit einer gewissen Euphorie hingenommen werden. Die Kranken liegen während der 3 Tage auf der Seite oder auf dem Leib im Bett und klagen über Steifheitsgefühl in der Glutäalgegend, das sich bis in die Schenkel ausbreitet, sowie über Kopfschmerzen. In der Behandlungswoche kommt es vorübergehend zu Gewichtsverminderungen von ½—1—2 kg, mitunter bleibt das Körpergewicht konstant. Zuweilen wird sogar zugenommen. Vereinzelt vorgekommene Schmerzhaftigkeit und Infiltration am Applikationsort über den vierten Tag hinaus wurden durch heiße Sitzbäder rasch günstig beeinflußt. Ein gutes Zeichen für die Brauchbarkeit der Milchfiebertherapie bedeutet es, daß die Kranken oftmals bei hartnäckiger Gonorrhoe um diese Behandlung bitten.

Literatur.

Rumpel, Die Gonorrhoebehandlung bei Frauen, besonders die Heilfieberbehandlung mit Milchinjektionen. Derm. Ztschr. Bd. XL. — *Odenthal* und *Kohl*, Kritische Bemerkungen zur Arbeit. Derm. Ztschr. Bd. XLII. — *Hofmann*, Beobachtungen von Gonorrhoeheilungen bei Impfmalaria. Derm. Ztschr. Bd. XLIX.

Digitized by Google

VII.

(Aus den pathologischen Instituten des städtischen Krankenhauses Moabit [Professor Dr. *R. Jaffé*] und des Krankenhauses Lankwitz [Dr. *K. Löwenthal*] in Berlin.)

Tödliche Hämoptoe bei Lues (gummöser Erkrankung) der Muskulatur und des Zwischengewebes [1]).

Von

KARL LÖWENTHAL.

Daß auch die eindeutigsten klinischen Krankheitsbilder manchmal nach dem Tode noch eine überraschende Aufklärung finden können, erweist, wie erwünscht die Vornahme der Sektion in jedem Falle ist, also auch in einem, den der Kliniker interesselos findet. Dazu will ich mit dem folgenden kurzen Bericht eines besonders eigenartigen Befundes einen Beitrag geben. Es handelt sich nicht nur um einen ganz ungewöhnlichen klinischen Verlauf, sondern um die zwar an sich nicht, aber auf dem Sektionstisch und besonders als tödliche Hauptkrankheit überaus seltene Muskellues.

Vorgeschichte: Mann von 23 Jahren, Arbeiter, hat seit 2 Jahren eine Drüsenschwellung der linken Halsseite, ohne daß ärztliche Behandlung stattgefunden hat. Am 3. 12. 1926 abends erbricht er plötzlich anscheinend aus voller Gesundheit heraus eine große Menge Blut und wird nachts in das Krankenhaus Moabit, 1. inn. Abt., eingeliefert. Mehr über die Vorgeschichte ist infolge der Schwäche des Patienten nicht zu erfahren.

Befund und Verlauf: Herabgesetzter Ernährungs- und Kräftezustand; wachsbleich. Am Hals Schwellung in der Mitte und an der linken Seite. Eine genauere Untersuchung muß wegen des schlechten Allgemeinzustandes unterbleiben. Temp. 36,2°. Um 3 Uhr nachts neue Blutung; hellrotes Blut läuft in großer Menge ohne Husten oder Würgen zum Munde heraus; schwerster Kollaps; Temp. 35,7°. Trotz Excitantien um ½10 Uhr vormittags erneuter Kollaps und Tod.

Sektion: (Obduzent: *Löwenthal*) am 5. 12. 1926.

Mittlerer Ernährungszustand. Starke Anämie aller Organe. In der r. Lungenspitze ein etwa kirschkerngroßer chronisch-progredienter acinös-nodöser

[1]) Nach einer Demonstration in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft am. 10. 7. 1928.

[2]) Für ihre Überlassung spreche ich Herrn Geh. Rat Prof. *G. Klemperer* meinen verbindlichsten Dank aus.

Digitized by Google

tuberkulöser Herd mit umschriebener Pleuraverwachsung, jedoch keine Kavernen, keine Blutaspiration, kein Blut in den Luftwegen. Der Hals ist stark verdickt, besonders auf der linken Seite. Die Haut nicht mit der Unterlage verwachsen. Neben einer mittelgroßen diffusen Kolloidstruma ist das Fettgewebe der linken Halsseite von feinen und derberen weißen Strängen durchsetzt, die darin verlaufenden Muskeln mit demselben verwachsen und die Narbenzüge greifen auf diese über. Etwa in der Mitte des linken Sternocleidomastoideus findet sich eine derbe trübweiße Stelle von ungefähr 6×2×2 cm Ausdehnung; ihr Rand ist an den Längsenden leicht unregelmäßig zackig und wird von einem vielleicht 0,5 mm dicken grauen, dann von einem etwas breiteren fast schwefelgelben Streifen umzogen. Von hier strahlen zahlreiche hellgraue glänzende Fäden in den übrigen Muskel und zu den Narbensträngen des umgebenden Gewebes aus. Mehrere kleinere Nekrosen, aber auch von über 1 cm Ausdehnung in den verschiedenen Richtungen, liegen in dem narbendurchzogenen Gewebe zwischen dem großen Herd und dem Unterkiefer sowie bis fast zum Schlüsselbein herunter. Die linke Vena jugularis tritt gleich hinter der Teilungsstelle der linken Vena anonyma in das Schwielengebiet ein und ist von etwa 1½ cm hinter ihrem Abgang an völlig durch Narbengewebe in einer Länge von 8—10 cm verschlossen. Im dorsalen Bereich des großen Narbenbezirks gelangt man in eine unregelmäßig gestaltete buchtige etwa taubeneigroße Höhle mit zerfetzten bräunlichgrauen Wänden. In sie münden von unten her die Carotis communis, von oben die Carotis externa und interna ein; die Teilungsstelle mit den angrenzenden Gefäßabschnitten fehlt in einer Länge von 5—6 cm vollkommen. Die Enden aller 3 Gefäße sind ausgefranst und schmutzig gelbgrünlich in 1—2 mm Ausdehnung verfärbt. Die Höhle enthält keinen besonderen Inhalt mehr. An ihrer Dorsalseite besteht eine schlitzförmige, nur wenig klaffende Perforation in den Ösophagus von 3 cm Länge in der Verlaufsrichtung desselben; das obere Ende des Schlitzes sitzt ziemlich dicht kaudal vom Kehlkopf; das untere Ende ist nekrotisch, die äußeren Wandschichten sind etwas in die Ösophaguslichtung hinein umgekrempelt. Im Magen und Duodenum ungefähr 2 l Blut. Es finden sich keine weiteren Zeichen für Lues und Tuberkulose und außer sehr geringer Atheromatose nichts besonderes. Der Thymusrest ist anscheinend parenchymatös.

Mikroskopische Untersuchung: Der größte Herd zeigt keine diffus strukturlose Masse, sondern Schatten von in der Längsrichtung verlaufenden, breiten Bändern, feineren Fasern, kurzspindligen Gebilden, die sich alle mehr oder weniger in einem bei Hämatoxylineosinfärbung blauroten Mischton färben: sie entsprechen Muskelfasern, Bindegewebsfasern und mesenchymalen Zellen. Dazwischen liegen feine hellrote Streifen und kleine Kreise; es sind das die ehemaligen Kapillaren mit vollkommen verschmolzenen Blutkörperchen. Fast überall in der Nekrose sind einzelne Kernschatten zu erkennen, so auch noch die der Endothelien in der Wand der erwähnten Kapillaren. Am Rand geht die Nekrose zum Teil unmerklich in das sie in der Längsrichtung begleitende Bindegewebe über, z. T. nämlich an ihren schmalen Enden, wird sie von einem vernarbenden Granulationsgewebe begrenzt. Dieses zeigt am Rand der Nekrose eine schmale, aber ziemlich dichte Schicht von Spindelzellen, die dann sofort in ein längsgerichtetes mittelfestes Bindegewebe übergeht. In diesem vereinzelt atrophische, längs verlaufende Muskelfasern. Dann folgen im Bindegewebe kleinere und größere Haufen von polygonalen und großspindligen

Digitized by Google

Zellen, deren Leib dicht mit Lipoidtröpfchen ausgefüllt ist. An diesen Abschnitt schließen sich wieder die Enden größerer Muskelfaserbündel an, zwischen welchen immer noch überwiegend bindegewebiges Narbengewebe verläuft. Die Elasticafärbung erweist in der Nekrose noch mehrfache Quer- und Längsschnitte der Elastica interna von kleinen Arterien sowie einzelne elastische Fasern, über deren Herkunft natürlich nichts auszusagen ist. Ebenso deutlich stellt sich bei van Giesonfärbung das dicke adventitielle Bindegewebe dieser Gefäße dar, sowie zahlreiche Bindegewebsfasern, die sich innerhalb der Nekrose deutlich abheben. In dem derben Schwielengewebe der Umgebung finden sich überhaupt nicht viel Gefäße, die kleinen Arterien sind meist in ihrem Bau unverändert, wenn sie auch anscheinend durch die umgebenden Narben komprimiert sind. In der innersten Narbenschicht, also der, die der Nekrose am nächsten liegt, liegen Venen mit geschwundener Mediamuskulatur und einem breiten, hyalinen subendothelialen Polster.

Die kleineren Nekrosen von noch unregelmäßigerer Begrenzung zeigen im großen und ganzen denselben Bau, allerdings ist hier das umgebende Schwielengewebe, das übrigens auch noch aufgefaserte Muskelbündel enthält, vielfach aufs dichteste von Lymphozyten durchsetzt; wie weit es sich dabei um Übergreifen auf Lymphdrüsen handelt, ist natürlich nicht zu entscheiden. Innerhalb dieser bindegewebig-lymphozytären Abschnitte liegen viele kleinere Narben, durchweg um kleine Arterien oder eine Mehrzahl von solchen angeordnet. Diese kleinen Arterien sind meist, aber nicht einmal immer, zusammengedrückt, dagegen die entsprechenden Venen entweder geschwunden, oder so stark lymphozytär durchsetzt, daß oft ein Lumen kaum zu erkennen ist. In dem solche kleineren Nekrosen umgebenden Granulationsgewebe wird auch mal eine vielkernige Riesenzelle gefunden.

Ein Querschnitt durch das Gebiet der verschlossenen Vena jugularis. Das Lumen ist vollkommen durch ein ziemlich festes Bindegewebe erfüllt, das von wechselnd reichlichen Kapillaren durchzogen wird; nahe der Wand liegen mehrfach Lymphozytenhäufchen; ganz gleichartige finden sich übrigens auch mehrmals an der Mediaadventitiagrenze des Gefäßes. Die elastischen Wandteile sind, wenigstens die äußeren, vollkommen erhalten; die mehr zum Lumen zu liegenden sind in kleine Splitter getrennt und nur die innerste Schicht ist wieder gut zusammenhängend, natürlich abgesehen von den Durchtrittsstellen der Kapillaren und Arteriolen, welche zu dem kanalisierten Inhalt des Gefäßes hinziehen. Die glatten Muskelzellen der Wand sind in den äußeren Schichten durch Bindegewebe ersetzt, dagegen in den inneren noch deutlich erkennbar. An das Gefäß grenzt wieder eine Nekrose von 3—4 mm Durchmesser; sie mit ihrer Umgebung weist die schon vorher beschriebenen Eigentümlichkeiten auf. An ihrem Rande ist die Muskulatur der Vene vollkommen unterbrochen und es ziehen sich die Reste kräftiger elastischer Fasern von der Jugulariswand durch die Nekrose zu einer kleineren, ebenfalls schwer veränderten Vene hin. In diesem Gebiet ist überhaupt die Beteiligung der kleineren Gefäße besonders hochgradig. Es zeigen sich alle Übergänge von intakten, nur leicht komprimierten Arterien über bindegewebige Intimaverdickung bis zu völligem Verschluß der Lichtung, was aber doch nur selten der Fall ist; man sieht auch Arterien, bei denen die Media durchbrochen und das Narbengewebe der Intima und der Umgebung in unmittelbarem Zusammenhang steht. Unveränderte Venen sind hier überhaupt nicht vorhanden. Entweder ist das Lumen vollkommen bindegewebig verschlossen wie bei der Jugularis oder

Digitized by Google

es besteht noch ein schmaler durchgängiger Spalt, unter dessen Endothel eine Lymphozytenanhäufung vorhanden ist; andere kleine Venen weisen dagegen bloß eine dichte lymphozytäre Durchsetzung der Wand und Kollaps des Lumens auf.

Die mikroskopische Untersuchung der Carotidenstümpfe und der Perforationsöffnung des Ösophagus mußte zur Schonung des Präparates unterbleiben. Sowohl Tuberkelbazillen- wie Levaditifärbungen waren ergebnislos.

Die *Natur des krankhaften Prozesses* ist mit größter Wahrscheinlichkeit zu erkennen. Daß es sich um eine chronisch-granulierende Entzündung mit starker Neigung zur Narbenbildung handelt, ist klar. Zwar sind alte, nicht ausgeheilte tuberkulöse Lungenveränderungen von sehr geringer Ausdehnung vorhanden, doch spricht weder das histologische Bild noch die Lokalisation, nämlich in Muskeln und Zwischengewebe, dagegen nicht in Lymphdrüsen, für eine Tuberkulose. Ebenso sind die ausgedehnten Schrumpfungen bei Tuberkulose ganz ungewöhnlich und kämen höchstens nach Röntgenbestrahlungen in Betracht; eine solche hat bei dem Patienten aber nie stattgefunden. Aus denselben Erwägungen heraus ist auch eine etwa besonders eigenartig lokalisierte und auf die Halsgegend beschränkte Lymphogranulomatose abzulehnen. Daß auch Aktinomykose nicht vorliegt, ebensowenig etwa leukämische, blastomatöse oder posttraumatische Vorgänge, ist ebenfalls sicher.

So bleibt also nur eine *luische Erkrankung* übrig. Außer dieser negativen Schlußfolgerung sind aber noch eine Reihe positiver Momente für die Annahme anzuführen. Der Spirochätennachweis im Schnitt ist zwar nicht geglückt, was bei einer tertiär-syphilitischen Erkrankung nicht weiter verwunderlich ist. Jedoch ist sonst eigentlich alles, was an dem makroskopischen und mikroskopischen Befund gegen die erwähnten anderen Krankheiten spricht, für die Diagnose Lues zu verwerten. Zuerst das Befallensein der Muskeln und zwischenliegenden Interstitien. Die Muskellues, und zwar sowohl die vorwiegend primär-zirrhotische als auch die nekrotisierend-gummöse Form ist nach Ausweis der Fachliteratur etwas verhältnismäßig Häufiges und ebenso dabei das Übergreifen der Entzündung auf die unmittelbare Nachbarschaft. Als häufigste Lokalisation gilt wiederum die am Halse und besonders im Musculus sternocleidomastoideus; in diesem findet sich auch hier die Hauptnekrose.

Histologisch ist besonders die *Beteiligung der Gefäße* in den verschiedensten Stadien bemerkenswert. An den kleinen Arterien hat sich häufig eine fibröse Intimahypertrophie, an den

Digitized by Google

entsprechenden Venen eine lymphozytäre Wandinfiltration entwickelt, wie wir beides an den Vasa vasorum bei der Mesaortitis zu sehen gewohnt sind. Nicht nur dadurch ist die Lichtung in diesen Gefäßen hochgradig verengert, sondern auch infolge Kompression durch das umgebende Narbengewebe, ferner aber auch durch obturierende Intimawucherung völlig verschlossen. Wie oft in syphilitischen Geweben sind auch hier die elastischen Bestandteile mitten in den kompakten Nekrosen erhalten; so zieht von der obliterierten Jugularis zu einem anderen schwer geschädigten Venenast noch ein Elastikastreifen herüber, ein Beweis für die Beziehung der Nekrosen zu Gefäßen, die sehr häufig bei Arterien und Venen zur Beobachtung kommt. Einige Worte müssen noch der Entstehung der großen Nekrosen gewidmet werden. Daß nicht nur elastische Elemente, sondern auch kollagene Fasern erhalten und in ausgedehntestem Maße Zellschatten, sogar Kernschatten und Gefäßinhalt erkennbar und unterscheidbar sind, wird vielfach als bezeichnend für ein Gumma angesehen. Dieses Verhalten läßt jedoch an eine rasche Entstehung denken, und es wäre die Möglichkeit eines anämischen Infarktes der Weichteile, sowohl der vorher schon diffus entzündlich veränderten als auch der gesunden, zuzugeben; dieser Hergang würde bei den vorhandenen Gefäßveränderungen ja auch ohne Schwierigkeit verständlich sein. Das typische Gumma bildet übrigens, wie die klinischen Beobachtungen zeigen, eine umschriebene tumorförmige Verdickung des Muskels, wie es der Volumensvermehrung durch ein Granulom entspricht; davon war bei der Sektion nichts festzustellen. Daß die eben gegebene Erklärung voll zutreffend ist, nehme ich allerdings unter Berücksichtigung aller histologischen Einzelheiten nicht an. Jedenfalls ist der *syphilitische Charakter des Prozesses* trotz des Fehlens einer Anamnese und anderweitiger eindeutiger Befunde sehr wahrscheinlich.

Wie es zu der tödlichen Blutung gekommen ist, hat sich nicht sicher entscheiden lassen, allerdings nur aus technischen Gründen, da das gewonnene Präparat soweit wie möglich geschont werden sollte. Ob das spezifische Granulationsgewebe die Carotiswand unmittelbar zerstört hat oder ob durch dasselbe oder die narbige Schrumpfung des Zwischengewebes zu Verschlüssen der Vasa vasorum mit Nekrosen wenigstens der äußeren Wandschichten, Überdehnung, echtem Aneurysma mit folgender Ruptur oder Ruptur mit folgendem Aneurysma spurium gekommen ist, ist fraglich; möglicherweise ist auch pro-

Digitized by Google

ximal oder distal von der Stelle des Hämatoms die Carotis selbst äußerst komprimiert worden, wobei beide Male eine Aneurysmaentstehung denkbar ist. Der klinische Verlauf spricht jedenfalls für ein ganz schleichendes Entstehen des Hämatoms, da stürmische Erscheinungen, die sonst doch wohl vorher hätten auftreten müssen, von dem Patienten sicher bemerkt worden wären. Die tödliche Verblutung selbst ist nach dem Aussehen der Blutungsstelle als eine mechanisch durch den wachsenden Druck der sich im Gewebe ansammelnden Blutmassen bedingte Berstungsruptur der Ösophaguswand aufzufassen.

Die Erörterung dieses Falles ist nicht allein wegen der Überraschung bei der Sektion für den Kliniker von Interesse. Wennschon der Arzt selten Fälle von *Muskellues* zu sehen bekommt, sind diese Befunde *auf dem Sektionstisch* noch viel seltener. Das ist, da wohl meist die richtige Diagnose gestellt und eine sachgemäße Behandlung vorgenommen wird, ja auch begreiflich. Ich habe nur ganz wenige Fälle aus den letzten Jahrzehnten finden können, die vom Standpunkt des Klinikers und des Anatomen dem beschriebenen ähnlich sind. *Arndt* hat eine Beobachtung von *Pick* veröffentlicht: 70jähriger Mann; Infektion vor 27 Jahren; Aortenaneurysma und Gumma des Sternocleidomastoideus mit verbindendem Narbengewebe, Verschluß der Jugularis, Tod an Verblutung aus der Aorta in den Ösophagus. *Stöckleins* Fall ist vielleicht der ähnlichste: 17jähriges Mädchen; Gummen der Haut, des Periosts der Clavicula und des Sternocleidomastoideus; 10 Tage vor dem Tod Husten, Atemnot, Stridor; Arrosion der linken Vena anonyma, Tod an Verblutung aus dieser in die Trachea. Damit ist die mir bekannt gewordene Kasuistik erschöpft.

Zusammenfassung:

Ein junger Mann stirbt überraschend an einer eigenartigen Hämoptoe. Die Sektion ergibt eine ausgedehnte syphilitische Erkrankung der Muskeln und des Zwischengewebes am Halse mit altem Verschluß der Vena jugularis, Arrosion der Carotis und Bildung eines Weichteilhämatoms in der Umgebung; die Todesursache ist eine Berstungsruptur des Hämatoms und Verblutung in den Ösophagus.

Literaturverzeichnis.

Arndt, Ein Fall von syphilitischem Aneurysma das Arcus aortae mit bedeutender Gummenbildung. Med. Kl. 1925. Nr. 2. S. 51. — *Stöcklein*, I. D. Kiel 1894. (Zit. n. *Rosenthal*. Derm. Ztschr. 18. Erg.-H. S. 167. 1911.)

Digitized by Google

VIII.

(Odessaer Dermato-Venerologisches Staatsinstitut (Glawtsche-Institut) [Direktor: *M. G. Choroschin*]. Aus der Frauenabteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten [Leiter: *I. D. Perkel*].)

Blutgruppenverteilung bei Syphilis des Zentralnervensystems, der inneren Organe und der Haut.

Von

J. D. PERKEL und M. M. ISRAELSSON.

Es ist gegenwärtig so gut wie sicher festgestellt, daß die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Isoagglutinationsgruppe eine konstante Eigenschaft des Organismus bei allen seinen Zuständen ist, unabhängig von irgendwelchen physischen, chemischen oder biologischen Einflüssen [*Meyr* und *Zisskoven*[1]), *Lettes, Schiff*[2]), *Dolter*[3]), *Sachs*[4]), *Folgairolle*[5])]. Unter dem Einfluß äußerer Agentien oder unter pathologischen Verhältnissen kann sich nur die Intensität der Agglutinationseigenschaften des Blutes ändern. *Ascoli*[6]), *Lo Moneco, Panicho*[6]) u. a. beobachteten bei Infektionskrankheiten eine erhebliche Steigerung des Isoagglutinationstiters. Man kann also nur von einer quantitativen und nicht qualitativen Änderung sprechen.

R. Ottenberg und *Epstein*[7]), *v. Dungern* und *Hirszfeld*[8]) zeigten, daß die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Blutgruppe nicht nur konstant, sondern auch vererbbar, also ganz den *Mendel*schen Gesetzen unterordnet ist, wobei die A- und B-Gene als dominant anzusehen sind (vererbbar ist eigentlich nicht die Gruppenzugehörigkeit, sondern die Agglutinogeneigenschaften A und B).

Nach *L.* und *H. Hirschfeld* dominiert die Gruppe A bei den Völkern Nordeuropas und weicht der Gruppe B nach dem Süden und Südosten (in der Richtung nach Afrika und Asien); die Autoren stellten darum, von dem Prinzip zweier Gene ausgehend, einen biochemischen Rassenindex, und zwar nach folgender Formel: $\frac{A+AB}{B+AB}$ fest. Überwiegt die Gruppe A, steigt der Index, dominiert die Gruppe B, fällt er.

Digitized by Google

Die Untersuchungen des biochemischen Rassenindex bei verschiedenen Nationalitäten ergaben:

bei Engländern 4,5, bei Franzosen 3,2, bei Österreichern 2,6, bei Polen 1,6, bei Russen 1,7—1,3 (je nach der geographischen Ortslage), bei Chinesen 0,8, bei Indiern 0,5.

Bei allen Völkern sind alle 4 Gruppen vorhanden, doch ihre Verteilung ist bei verschiedenen Völkern eine differente.

Die meisten Forscher nehmen an, daß die Isoagglutinationsgruppenangehörigkeit einen konstitutionellen Charakter besitzt; theoretisch ist ein Zusammenhang zwischen Blutgruppeneigenheit und Immunität (bzw. Disposition) gegenüber bestimmten Erkrankungen zuläßlich. So zeigten *Hirschfeld* und *Saydel, H.* und *L. Hirschfeld* und *H. Brockmann*[9]) (mittels der *Schick*schen Reaktion), daß die Empfänglichkeit für Diphtherie (das heißt die Unfähigkeit zur normalen Antitoxinerzeugung) in Abhängigkeit von der Blutgruppe sich vererbt; das gleiche gilt *[Kolangi*[10])*]* hinsichtlich der Hämophylie. Bei Angehörigen einzelner Hämoagglutinationsgruppen fand *Minkewitsch*[11]) ein verschiedenes Verhalten zur Malaria, *Mironesco* und *Stefanow*[12]) zu Masern und Keuchhusten, *Poehlmann*[13]) zu Psoriasis, *Awdejew* und *Grinzewitsch*[14]) zur Tuberkulose.

Amzel und *Kalber*[15]) *Straszynsky*[16]), *Saboschinskaja*[17]), *Barinstein*[18]), *Klövekorn* und *Simon*[19]), *Kornauchowa* und *Ferjukowa*[20]) stellten die Relation zwischen verschiedenen serologischen Gruppen und Syphiliserkrankung fest. Fast alle Autoren stimmen darin überein, daß alle Gruppenangehörigen sich gleich leicht mit Syphilis infizieren und daß bei allen nach der Infektion eine positive Wassermann-Reaktion einsetzt, die jedoch bei behandelten Kranken der Gruppe O schneller als bei denen anderer Gruppen wieder in die negative umschlägt. *Amzel* und *Halber* fanden, indem sie das Verhältnis $\frac{+\text{WR}}{-\text{WR}}$ bei Behandelten der Gruppe O als Einheit annahmen, für A das Verhältnis 1,5, für B 1,3, für AB 1,7. Nach *Straszynski* ergibt die Gruppe AB 2,4mal häufiger positive Resultate als die Gruppe O. Diese Tatsache veranlaßt ihn zur Vermutung, daß das Herabsinken der positiven Wa.R. eine mit der Blutgruppenzugehörigkeit eng verbundene konstitutionelle Eigenschaft sein dürfte. Es ist interessant, daß *Wiechmann* und *Paal*[21]) vollständig entgegengesetzte Resultate erhalten haben, und zwar einen größeren Prozentsatz der positiven Wa.R. bei O und einen kleineren bei AB.

Digitized by Google

Jacobsohn[22]) fand, daß die progressive Paralyse hinsichtlich der Gruppenverteilung keine Unterschiede im Vergleich mit normalen Verhältnissen zeigt. *Wilczkowski*[23]), *Gundel* u. a. dagegen verzeichnen bei der PP ein Überwiegen der Gruppe AB.

Eine interessante Beobachtung machte *Wendelberger*[24]) hinsichtlich der Impfmalariainokulation, eine Beobachtung, die eine große praktische Bedeutung bei der Malariabehandlung der progressiven Paralyse haben kann. Aus den Ergebnissen *Wendelbergers* ergab sich, daß bei Zugehörigkeit des Spender- und Rezipientenblutes zu gegenseitig agglutinierenden Gruppen (z. B. eines zu A, das andere zu B) die Ansteckung mit Malaria entweder gar nicht zustande kommt oder im besten Fall eine ungemein lange Inkubationszeit aufweist. Diese Verlängerung der Inkubationsdauer bestätigt *Pilcz*[25]); doch fand er keine geringere Infizierbarkeit: der Prozentsatz der nicht gelungenen Inokulationen war bei gegenseitig agglutinierenden und nicht agglutinierenden Gruppen der gleiche*).

Den Forschern ist längst bekannt, daß die Metasyphilis nicht gleichmäßig unter verschiedenen Rassen verbreitet ist. Während sie in Europa und Amerika recht häufig vorkommt, wurde sie von *Jeanselme*[26]) in den englischen und holländischen Ostkolonien trotz der beträchtlichen Syphilisdurchseuchung derselben fast nie beobachtet. Auf seltene Fälle von progressiver Paralyse im Sudan weist *Simon-Meimoroglu*[26]), in Uganda *Lembkin*[26]), in Algier, Tunis und Marokko *Lacapère*[27]) hin. Die Syphilis zeichnet sich in diesen Ländern im Gegensatz zur Neurolues durch schwere Viszeral- und Hauterscheinungen aus.

Diese große Verteilungsdifferenz der verschiedenen Syphilisformen diente als Beweggrund zur Aufstellung vieler allgemein bekannter Theorien und Hypothesen, die die Ätiologie der metaluetischen Erkrankungen zu ergründen suchten.

Wir haben uns der Aufgabe unterzogen, die Rassenimmunität bei Metalues sowie bei Syphilis der inneren Organe und an tertiären Hautsyphiliden vom Standpunkt der Isoagglutinationseigenschaften des Blutes nachzuprüfen. Wir glaubten, daß die Untersuchung des biochemischen Rassenindex einerseits bei progressiver Paralyse und Tabes dorsalis und anderseits bei der Tertiärsyphilis uns den Schlüssel zur Lösung der Frage der Dominanz der ersteren bei Europäern und der letzteren bei exo-

---

[1]) Diese Arbeiten werden von uns nachgeprüft, doch ist das gesammelte Material noch zu geringfügig, um endgültige Schlüsse zu ziehen.

Digitized by Google

tischen Völkern geben könne. Hätten wir bei der Gruppe B einen größeren Prozentsatz des Tertiarismus und bei der Gruppe A der Metalues erhalten, so ließe sich solch eine Verteilung der Syphilisformen durch rein konstitutionelle Rasseneigenheit (vom Gesichtspunkt zweier Urrassen A und B) durch die laut der *Mendel*schen Gesetze vererbbare Rassenimmunität erklären.

Unser Material war streng gewählt. Es enthielt nur Syphilis des Zentralnervensystems, der inneren Organe und Tertiärformen der Syphilide. Im ganzen wurden 721 Menschen untersucht (viele von ihnen wiederholt — manche sogar bis zu 10mal) und 1644 Reaktionen angestellt. Bei jedem Kranken prüften wir kreuzweis Serum und Erythrozyten, wobei wir nie einen Übergang von einer Gruppe in die andere beobachten konnten. Den Diagnosen und erhaltenen Resultaten nach verteilt sich unser Material folgendermaßen (siehe Tabelle I).

Tabelle I

Diagnose	Zahl der Fälle	O		A		B		AB		Biochemischer Index n. *Dungern* und *Hirschfeld*
		Zahl der Fälle	Prozent	Zahl der Fälle	Prozent	Zahl der Fälle	Prozent	Zahl der Fälle	Prozent	
Progressive Paralyse	218	10	20,8	16	33,4	17	35,4	5	10,4	0,9
Tabes dorsalis . . .	196	79	40,3	59	30,2	45	22,9	13	6,6	1,5
Lues cerebro.-spin. .	317	88	28,2	141	44,4	72	22,4	16	5,0	1,8
Syphilis der inneren Organe und Tertiärform. d. Hautsyphilide	160	50	32,0	59	36,8	41	25,0	10	6,0	1,3
Im ganzen	721	227	31,5	275	38,2	175	24,2	44	6,1	1,4
Syphilis aller Stadien[1])	—	—	29,7	—	42,1	—	22,0	—	5,9	1,6
Massenuntersuchungen in verschiedenen Konvikten d. Stadt Odessa[1])	3950	—	35,7	—	39,1	—	19,9	—	5,8	1,78

Aus unserer Tabelle ist zu ersehen, daß die Paralyse uns einen biochemischen Rassenindex von 0,9, Tabes 1,5, Lues cerebrospinalis 1,8 ergab. Tertiäre und Viszerallues sind vereinigt, da die Gruppenverteilung bei ihnen fast eine gleiche war und ihr biochemischer Rassenindex (in beiden Fällen) 1,3 betrug. Die Norm für unsere Ortschaft ist nach den jüngsten Daten 1,78. Bei exotischen Völkern fällt der Index, bei dem Fort-

[1]) Untersuchungsergebnisse Dr. *L. A. Barinsteins*[28]).

Digitized by Google

schreiten nach Nordeuropa steigt er an. Unsere Ergebnisse zeigen deutlich, daß die *Isoagglutinationsgruppen* uns *keine Erklärung für das Ausbleiben der Nervensyphilis* bei den exotischen Völkern gab. Nach unseren Befunden ergeben sich sogar umgekehrte Verhältnisse, und zwar: der biochemische Index der Paralyse (0,9) nähert sich dem Index der Orientalen (Dominanz der B-Gruppe 35,4 % statt 19,9 %). Außer der Gruppe B ergab die D.p. einen zweimal größeren Prozentsatz als in normalen Verhältnissen bei der Gruppe AB (10,4 % statt 5,8 %). Unsere Ergebnisse stimmen mit den Hinweisen einiger deutscher Autoren überein, die ebenfalls erhöhte Zahlen bei AB fanden. Bei Tabes zeigte etwas höher als in der Norm die Gruppe O an (40,3 % anstatt 35,7 %), bei Lues cerebrospinalis die Gruppe A (44,4 % statt 39,1 %. Die Tertiär- sowie die Viszerallues ergaben bei einzelnen Gruppen keine ausgesprochenen Abweichungen, obgleich der biochemische Index im allgemeinen sich als niedriger (1,3) im Vergleich mit der betreffenden Ortschaft (1,78) erwies.

Doch sollen aus diesen Ergebnissen einstweilen keine Schlüsse gezogen werden. Wir sind ganz der Meinung *Sachs'*, daß diese Untersuchungen nur als Beitrag zu einem Sammelmaterial dienen können, da statistische Arbeiten nur dann einen wissenschaftlichen Wert haben, wenn sie sich auf ein großes Material stützen.

Es war uns auch interessant, das Verhalten der Wa.R. bei verschiedenen Gruppenangehörigen nach der Behandlung zu verfolgen. Aus unserem Material wählten wir 81 Fälle mit stark positiver Wa.R., denen eine gleich energische Bi + Neo-Kur verabreicht wurde. Einen Monat nach Beendigung der Kur wurde bei allen die Wa.R. wiederholt. Es ergab sich, daß sie bei 49 Personen positiv blieb, bei 32 in die negative umschlug. Auf die Gruppen verteilen sie sich wie folgt (Tabelle II).

Tabelle II.

Gruppe	O	A	B	AB	Im ganzen
+ Wa.R. vor der Behandlung	29	31	14	4	81
— Wa.R. nach der Behandlung	15	11	5	1	32
Prozent — Wa.R.	51,8	35,5	29,4	25,0	36,9

Nach unseren Ergebnissen sowie nach denen polnischer Autoren geschieht die Umstimmung der positiven Wa.R. in die

Digitized by Google

negative (einen Monat nach der Behandlung) bei der Gruppe O bedeutend häufiger als bei den übrigen Gruppen. So erhielten wir bei AB 25 %, bei B 29,4 %, bei A 35,5 % und bei O 51,8 % negativer Ergebnisse. *Straszynski* gibt an, bei der O-Gruppe nach der Behandlung eine 2,4mal größere Zahl der negativen Wa.R. als bei der AB-Gruppe erhalten zu haben.

Einen Teil der Seren titrierten wir und untersuchten die Bedingungen, die eine Steigerung des Agglutinationstiters bewirkten. Letzterer schwankte gewöhnlich zwischen 1:2 und 1:32 (dann und wann ergab sich auch 1:1). Der Titer stieg erheblich, oft sogar bis zu 1:250 während der Impfmalariaattacken. Auch bei positiver Wa.R. zeigte sich eine Erhöhung; so schwankte hier der Titer am häufigsten zwischen 1:16 und 1:64 und erreichte 1:125. In solchen Fällen stieg auch (im Verhältnis zu den Standartseren) die Agglutinabilität der Erythrozyten (nicht immer parallel). Es ist uns die Tatsache aufgefallen, daß es bei einer Erörterung der Steigerung des Titers notwendig ist, anzugeben, auf welche Erythrozytengruppe diese Erhöhung sich bezieht, da es nicht selten vorkommt, daß die Agglutinationsfähigkeit z. B. der O-Seren nicht in gleichem Maße bei verschiedenen Blutkörperchenarten steigt. Es passiert z. B., daß das Serum der O-Gruppe die B-Erythrozyten stark (Verdünnung 1:250) und die A- und AB-Erythrozyten bedeutend schwächer (Verdünnung 1:32, 1:64) agglutiniert. Eine diagnostische Bedeutung hat die Steigerung des Agglutinationstiters augenscheinlich nicht.

Wir prüften ferner die Isoagglutinationsfähigkeit des Liquors. Untersucht wurde die Flüssigkeit von 214 Luetikern in verschiedenen Stadien (darunter 154 Fälle von pathologischem Liquor mit seropositiven Reaktionen auf Syphilis); doch Isoagglutinine fanden wir im Liquor nie, sie gehen augenscheinlich bei Syphilitikern, selbst bei nicht behandelten Paralytikern (wir hatten ihrer 4 Fälle) in den Liquor nicht über.

Schlußfolgerungen:

1. Auf Grund der Untersuchungen des biochemischen Rassenindexes bei Fällen von Syphilis des Zentralnervensystems, der inneren Organe und von tertiären Hautsyphiliden können hinsichtlich des konstitutionellen Charakters der Immunität (z. w. der Disposition) gegenüber verschiedenen Syphilisformen bei verschiedenen Rassen und Völkern keine Schlußfolgerungen gezogen werden.

Digitized by Google

2. Unsere Untersuchungen zeigen, daß die progressive Paralyse häufiger bei Personen der AB- und B-Gruppe und seltener bei denen der O-Gruppe vorkommt. Tabes ist ein wenig häufiger bei der O-Gruppe zu finden, Lues cerebrospinales bei der A-Gruppe. Die tertiäre und viszerale Syphilis gibt keine ausgesprochenen Abweichungen von der Norm in unserer Stadt.

3. Die Umwandlung der positiven Wa.R. in die negative einen Monat nach Abschluß der spezifischen Behandlung wurde häufiger bei Personen der O-Gruppe beobachtet.

4. Der Isoagglutinationstiter der Seren steigt während der Impfmalariaattacken und nicht selten auch bei Syphilitikern mit positiver Wa.R. Eine diagnostische Bedeutung hat der Isoagglutinationstiter augenscheinlich nicht.

5. Im Liquor von Syphilitikern sind keine Isoagglutinine zu finden.

Literaturverzeichnis.

[1]) Zit. nach *Borsky*, Ztschr. f. Vervollk. d. Ärzte. Nr. 15. 1926. (Russ.) — [2]) *Schiff*, Med. Kl. Nr. 12. 1926. — [3]) *Dolter*, Med. Kl. Nr. 36. 1925. — [4]) *Sachs*, M. med. Wschr. Nr. 1. 1927. — [5]) *Folgairolle*, C. R. Soc. biol. Nr. 15. 1926. — [6]) Zit. n. *Weinberg* u. *Jonesco-Mihaesti*, Traité du sang, publ. sous la direct. de Gilbert et Weinberg t. II. Paris 1921. — [7]) Zit. n. *Douris*, Guide pratique pour l'analyse du sang. Paris 1925. — [8]) *v. Dungern* u. *L. Hirschfeld*, Ztschr. f. Immf. Bd. VI. 1910. — [9]) *H.* u. *L. Hirschfeld* u. *H. Brockmann*, Kl. Wschr. Nr. 29. 1924. — [10]) *Kolangi*, Kl. Wschr. Nr. 8. 1926. — [11]) *Minkewitsch*, Venerol. u. Dermatol. Nr. 1. 1926. (Russ.) — [12]) *Mironesco* u. *Stefanow*, C. R. Soc. biol. 1926. — [13]) *Poelmann*, M. med. Wschr. Nr. 28. 1927. — [14]) Zit. n. *Sàcharow*, Biol. Met. u. Perspektive d. gegenw. Med. 1925. (Russ.) — [15]) *Amzel* u. *Halber*, C. R. Soc. biol. 1924. — [16]) *Straszinski*, Kl. Wschr. Nr. 41. 1925. — [17]) *Saboschinskaja*, Ref. Dermatol. u. Verol. Nr. 7. 1925. (Russ.) — [18]) *Barinstein*, Sowrem. Med. Nr. 1. 1924. (Russ.) — [19]) *Klövekorn* u. *Simon*, Dermat. Ztschr. Bd. 50. 1927. — [20]) *Kornauchowa* u. *Ferinkowa*, Ztschr. f. exper. Biol. u. Med. Nr. 9. 1926. (Russ.) — [21]) *Wiechmann* u. *Paal*, M. med. Wschr. Nr. 15. 1926. — [22]) *Jacobsohn*, Ref. Ztrlbl. f. H. u. G. Bd. XXIII. 1927. — [23]) *Wilszkowsky*, Kl. Wschr. Nr. 4. 1927. — [24]) *Wendelberger*, W. kl. Wschr. Nr. 11. 1927. — [25]) *Pilz*, W. kl. Wschr. Nr. 20. 1927. — [26]) *Jeanselme* u. *Sèzary*, Précis de Syphil. et des mal. ven. Paris 1925. — [27]) *Lacapère*, La syphilis arabe. 1923. — [28]) *Barinstein*, Bluttransfusion, Theorie u. Praxis. Inaug.-Diss. Odessa 1928.

Digitized by Google

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 12. Juni 1928.

Vorsitzender: Herr *Arndt.* Schriftführer: Herr *Ledermann.*

Herr *Arndt* demonstriert:

1. Einen Fall von Trichophytia profunda.

Aussprache:

Herr *Bruhns* hebt hervor, daß er unter seinem Material von Pilzerkrankungen trotz sorgfältigster Beobachtung außerordentlich wenige Trichophytide sähe, vor einiger Zeit kam ein Fall von Trichophytid bei einem jungen Mädchen mit Trichophytie der Füße vor (von *Alexander* mitgeteilt), sonst aber konnten keine Fälle festgestellt werden, während zum Beispiel in Wien, wie aus der Literatur hervorgeht, gar nicht so wenig Fälle von Trichophytiden und Mikrosporiden beobachtet werden. *B.* fragt die anderen Kollegen, die auch viele Fälle von Pilzerkrankungen zu sehen Gelegenheit hätten, ob ihnen mehr Trichophytide oder Mikrosporide begegneten.

Herr *Fischer.* Selbst bei der großen Epidemie während des Krieges, wo in unserem Lazarett hunderte schwerster Pilzinfektionen behandelt wurden, gehörten Trichophytide zu den größten Seltenheiten. Bei Mikrosporie habe ich überhaupt nur einen Fall gesehen.

Herr *Löhe* betont die Seltenheit der Tr. pr. in seinem Material; in den letzten Jahren kamen zwei Fälle von Lichen trichophyticus, der letzte vor 14 Tagen bei einem 11jährigen Mädchen zur Beobachtung.

Herr *Arndt.*

2. Einen Fall von Akrodermatitis continua Hallopeau.
3. Eine Frau mit einem Basalzellenkarzinom an der Brust.
4. Einen Fall von Sklerodermia diffusa.

Aussprache:

Herr *Heller* bemerkt zu dem vorgestellten Fall des Herrn *Arndt,* generalisierte Sklerodermie, daß auch bei diesen Kranken, entsprechend der heute vielfach herrschenden Ansicht von der thyreogenen Pathogenese der Sklerodermie, ohne Erfolg Thyreoidpräparate ordiniert worden sind. Bereits vor mehr als 30 Jahren wurden Schilddrüsenpräparate ohne nachweisbaren Nutzen versucht. Es wäre wichtig festzustellen, ob heute bessere Erfahrungen vorliegen. *H.* macht ferner darauf aufmerksam, daß die Prognose der Sklerodermie weit günstiger ist, als allgemein angenommen wird. Er selbst hat schwere Fälle jahrzehntelang ihr Leiden ohne wesentliche Störung des Allgemeinbefindens ertragen sehen (36 Jahre bei einer Dame, die schließlich an Carcinom des Magens starb).

Herr *Bruhns:* Auch ich habe bei der Anwendung von Thyreoidin keinen Erfolg gesehen. Eigentlich soll man aber, wenn man bei Sklerodermie Schilddrüsenpräparate rationell anwenden will, erst den Grundumsatz bestimmen, und je nachdem man Herabsetzung oder Erhöhung findet, Thyreoidin oder Antithyreoidinpräparate geben.

Herr *Buschke* demonstriert:

1. Einen 24jährigen Mann mit einem Ulcus molle am Penis und Bubo sin. und einem typischen Ulcus molle an der Endphalanx des rechten Zeigefingers; Nachweis von *Ducrey*schen Bazillen. Gleichzeitig weist er auf die

Digitized by Google

ganz enorme Zunahme von Ulcera mollia und Bubonen in den letzten Monaten im Bereich des Krankenhauses hin, die Hand in Hand mit einer etwas geringeren Zunahme der frischen Lues in erster Linie bei der Frau, etwas weniger bei Männern geht. Trotzdem gehört das extragenitale Ulcus molle im Gegensatz zu den extragenitalen Primäraffekten zu den Seltenheiten.

2. Einen 29 Jahre alten Mann, der von seiner Lues nichts weiß und nicht behandelt worden ist, am Stamm psoriasiforme, am Skrotum circinäre Papeln und am beharrten Kopf ausgedehnte frambosieforme Papeln hat.

3. Einen 32 Jahre alten Mann, der wegen eines seronegativen Primäraffektes der Oberlippe, den er durch Kuß am 31. 12. 1927 akquiriert hatte, abortiv behandelt worden war, und zwar teils auf der Station, teils außerhalb mit Neosalvarsan Dosis 2, Dosis 3 und 9, Dosis 4 und gleichzeitig Wismut und jetzt ein ausgedehntes großes, papulöses, schweres Exanthem aufweist, dessen Beginn noch während der Abortivbehandlung beobachtet wurde. Jetzt ist die Seroreaktion positiv, das Exanthem sehr resistent.

4. Eine 47 Jahre alte Frau, welche im Mai 1927 mit einem Oedema induratum erkrankte und damals — die Anamnese ist nicht ganz sicher — mit 22 Wismutspritzen behandelt worden sein soll bei positivem Wassermann, dann eine zweite Kur im November 1927 begann. Damals soll schon ein psoriasiformes Exanthem mit Pupillendifferenz vorhanden gewesen sein.

Am 15. Mai wurde sie bei uns aufgenommen mit schweren Sprachstörungen und einem über den Rumpf, hauptsächlich besonders den Rücken ausgedehnten, weniger an den Extremitäten lokalisierten Exanthem, das durchweg aus seltener kleinen bis linsengroßen, meistens bis zu zweimarkstückgroßen psoriasiformen Effloreszenzen bestand, teilweise ohne Infiltrate von teils bläulicher, teils mehr rosaroter Färbung, mit stärkerer Schuppung, zum Teil von korymbiformem Charakter, teils von circinärer Anordnung. Pupille links etwas entrundet und verzogen, beiderseits prompt reagierend, Reflexe normal. Die Liquoruntersuchung ergab positive Seroreaktion. *Goldsol Mastix* sprachen mehr für Hirnlues, Zellen 10:3, Pandy Nonne positiv. Die neurologische Untersuchung ergab, daß es sich nicht um Paralyse, sondern um eine motorische Sprachstörung handelte.

Die Patientin wurde nach unserer Methode mit kleinen Kalomelinjektionen behandelt. Darunter ist die Sprachstörung fast völlig verschwunden, das Exanthem hat nur wenig darauf reagiert.

Die Differentialdiagnose schwankt zwischen einem syphilitischen Exanthem und einer atypischen Psoriasis, die in ihrer circinären Form an die *Jadassohn*sche Angabe erinnert, der besonders durch diese Formation der Psoriasis zu der Annahme einer Infektionskrankheit veranlaßt wurde. Die histologische Untersuchung eines exzidierten Stückes ergab eher Psoriasis und keinen Anhaltspunkt für ein spezifisches Exanthem. Immerhin wäre es möglich, daß eine Mischung vorliegt und wir gerade eine Stelle untersucht haben, die nicht Lues war.

In der Diskussion wurde auch nicht mit Bestimmtheit eine Diagnose nach der einen oder nach der anderen Richtung gestellt. Weitere Beobachtung ergab eine beginnende Opticusatrophie.

5. Einen zirka 5 Monate alten Säugling, welcher gleich nach der Geburt eine entzündliche Affektion des Nabels bekam, die im Laufe der Monate in Form einer polsterartigen, blauroten torpiden Schwellung mit intakter Epidermis allmählich vom Nabel aus in die umgebende Haut mit ziemlich scharfer

Digitized by Google

Abgrenzung anscheinend ohne besondere Beschwerden sich ausbreitete. Gleichzeitig bekam das Kind ein ähnliches Exanthem auf dem Kopf, das in ähnlicher Infiltration schließlich die ganze Kopfhaut bedeckte, hier näßte und Borken bildete, auf dem Hinterkopf weiter sich fortbildete in Form einer schwach blauroten, ziemlich starken, weichen Schwellung der Nackenregion mit intakter Epidermis und einer starken Querfaltung der Nackenhaut. Die Falten blieben infolge der Starrheit der Hautstellen stehen, so daß ein Bild entstand, äußerlich ähnlich der Cutis verticis gyrata *Jadassohn*. Unter unserer Beobachtung ist die Bauchaffektion besonders rechts etwa bis zur Mitte der Bauchhaut fortgeschritten, während sie links sich allmählich unter der Behandlung etwas abflachte; aber es bildeten sich oberflächlich hier und da kleine Abszeßchen. Das Kind fühlt sich anscheinend im ganzen wohl, schnieft nicht. Untersuchung auf Lues serologisch und klinisch negativ, ebenso bei den Eltern. Die Behandlung mit feuchten Verbänden, mit Resorzin, mit adstringierenden Salben, auf dem Kopf besonders auch mit erweichenden Ölen, hat bis jetzt keinen nennenswerten Effekt gehabt.

Die histologische Untersuchung ergab nichts von Lues, sondern am ehesten noch eine schwache Form von Pyodermie végétante, so daß zunächst diese Diagnose gestellt wurde, wenngleich es sich sowohl histologisch wie klinisch nicht um ein diesbezügliches typisches Bild handelte. Selbstverständlich soll damit nicht gesagt werden, daß hier irgendeine Beziehung zum Pemphigus vegetans besteht, der ja auch meistens anders lokalisiert ist und klinisch andere Formen zeigt.

Ich möchte hier gleich erwähnen, daß nachträglich Herr *Arthur Alexander* mich darauf aufmerksam gemacht hat, daß es selten solche Formen oder ähnliche Formen von Neurodermitis gibt. Es ist also möglich, daß diese nicht ganz sicher zu rubrizierende Affektion in dieses Gebiet gehört, trotzdem die Beschreibung, die in einer gütigst von Herrn *Alexander* zur Einsicht gestellten — diese Form der Neurodermitis behandelnden — Doktordissertation doch nicht völlig dieses Krankheitsbild trifft. Ferner möchte ich erwähnen, daß wir zunächst auch an eine Pilzaffektion gedacht haben und eingehende mikroskopische, histologische und kulturelle Untersuchungen nach dieser Richtung gemacht haben, ohne etwas nachweisen zu können. Es wurden lediglich Strepto- und Staphylokokken gefunden.

In der Annahme nun, daß es sich schließlich um eine in die Gruppe der atypischen Impetigoerkrankungen zu rechnenden Affektion handelt, sind wir einem Rate von Herrn *Fritz Lesser* gefolgt und wenden neben der oben erwähnten Lokalbehandlung innerlich Stovarsolbehandlung an, von der Herr *Lesser* angibt, bei impetiginösen Kindererkrankungen Erfolge gesehen zu haben.

6. Einen 5 jährigen Knaben, den wir früher wegen einer sehr malignen und hartnäckigen Alopezie, die hier den gewöhnlichen Behandlungsmethoden wich, mit Epilation durch Thallium- und durch Thyreodinbehandlung mit Erfolg so weit gebessert hatten, daß er seitdem ein normales Haarkleid hat. Später entwickelte sich dann eine Psoriasis, die jetzt am Kopf, an den Extremitäten und am Rumpf in ausgedehnter Weise mit zum Teil pustulösem Charakter besteht. Ob zwischen der Alopezie und der Behandlung der Psoriasis endokrine Beziehungen bestehen, sei bloß erwähnt.

7. Eine 23 jährige Patientin, die einen außerordentlich breiten teleangiektatischen Naevus aufweist, der von der Außenfläche des linken Fußes über die Innenfläche des linken Unterschenkels und Oberschenkels bis auf das

Digitized by Google

Gesäß hin sich erstreckt. Praktisch sei bemerkt, daß diese Patientin ein Ulcus cruris an der Außenfläche des linken Oberschenkels aufweist, welches vor einiger Zeit vom Chirurgen durch Exzision und Pfropfung mit Erfolg behandelt war; aber diese Hautdecke ist vollkommen verlorengegangen und unter epithelisierenden und anregenden Salben heilt dasselbe jetzt rapide zu.

8. Eine 51 jährige Frau, welche eine die ganzen Ober- und Unterschenkel, die Unterbauchgegend und das Gesäß einnehmende Acrodermatitis atrophicans aufweist, die an beiden Unterschenkeln bis etwa entsprechend dem unteren Drittel mit einer sklerodermieartigen Verhärtung der Haut verbunden ist, wobei es dahingestellt bleiben muß, ob es sich nicht hier um eine exzessive Narbenbildung infolge von langdauernden Abszessen auf dieser akrodermatitischen Haut handelt. In dem Bereich des unteren Drittels des Oberschenkels ist bereits Atrophie eingetreten, während bis zum Gesäß noch die Dermatitis besteht mit ganz scharfer Absetzung am Gesäß und am Bauch gegen die gesunde Haut.

Aussprache zu *Buschke* (Fall 1):

Herr *Arndt* hat eine Zunahme von Ulcera mollia beobachtet, auch Exantheme, die an eine Verallgemeinerung des Ulcus molle denken lassen.

Herr *Löhe:* Zweifelsohne haben die Ulcera mollia erheblich zugenommen, vom 1. Januar bis 31. Mai d. J. sind 48 Männer, 17 Frauen mit Ulcera mollia aufgenommen worden.

Herr *Pinkus* erbittet von den Leitern der Krankenstation für Geschlechtsleiden die Zusage, auf eine von ihm bei der Gesundheitsbehörde vorzuschlagende Umfrage über das Ulcus molle, antworten zu wollen. In seinem eigenen Krankenhaus und der Beratungsstelle I, in welcher vorzugsweise die Prostituierten beobachtet und behandelt werden, hat keine Zunahme dieser Krankheit stattgefunden, während beim Anstieg der Geschlechtskrankheiten nach dem Kriege das erste Zeichen die Zunahme des Ulcus molle, und zwar nur bei den Prostituierten, nicht bei den anderen Frauen, gewesen ist.

Herr *Bruhns* hebt hervor, daß auch unter den Kranken des Krankenhauses Charlottenburg die Zahl der Ulcus molle-Fälle sehr gestiegen sei.

Herr *Erich Langer:* Auch auf meiner Abteilung habe ich ständig sowohl bei Männern wie Frauen Patienten mit Ulcus molle in Behandlung, dagegen, wie Herr *Pinkus*, fast gar nicht in der Beratungsstelle. Welche Bedingungen hierfür verantwortlich sind, läßt sich vorläufig nicht sagen.

Herr *Gottron* (Universitätshautklinik): Es erscheint mir nicht ausgeschlossen, daß bei dem kleinen Mädchen nach dem von Herrn Prof. *Buschke* gegebenen Erscheinungsbild eine akzidentelle Vakzineerkrankung vorgelegen hat, zumal da man doch in der jetzigen Impfzeit vereinzelt derartige Krankheitsbilder zu sehen bekommt.

Herr *Adler:* Die erhebliche Zunahme der Ulcus molle-Infektionen, die in der Praxis der Dermatologen wohl allgemein sich bemerkbar macht, ließe sich schnell und einfach statistisch feststellen, wenn das Ulcus molle in der kassenärztlichen Statistik der Wirtschaftlichen Abteilung des Großberliner Ärztebundes eine besondere Rubrik erhielte, während es zurzeit zusammenfassend im Gegensatz zu Gonorrhöe und Lues mit bei den Hautkrankheiten gezählt wird.

Herr *Buschke.*

Herr *Arndt.*

Digitized by Google

Aussprache zu *Buschke* (Fall 4):

Herr *Arndt.*

Herr *Badrian:* Zu dem von Herrn *Buschke* vorgestellten Fall von psoriasiformen Syphiliden möchte ich als vorbehandelnder Arzt einige Bemerkungen machen: Die Kranke war mir am 20. 9. 1927 vom Chirurgen, der sie an einer Thrombophlebitis cruris d. (wohl zweifellos spezifischer Ätiologie) behandelte, überwiesen worden, weil seit einigen Tagen ein Hautausschlag aufgetreten war. Es handelte sich um ein universelles, sehr dicht stehendes, großpapulöses Rezidivexanthem mit den dazugehörigen Schleimhauterscheinungen. Der Infektionstermin ließ sich nicht eruieren; nur die Angabe, daß die Kranke bisher in der Hautabteilung der *Bier*schen Klinik mit 16 Bi-Spritzen behandelt worden war, ließ sich verwerten; Salvarsan habe sie nicht erhalten. Zusätzlich erhielt sie nun von mir vom 20. 9. 1927 bis 4. 1. 1928 2,1 g Wismut. Am 11. 1. 1928 waren die äußeren Erscheinungen abgeheilt und die Seroreaktionen negativ geworden. Nach zirka 7 Wochen erschien die Kranke wieder mit einem diffusen, stark schuppenden Hautausschlag, der klinisch durchaus den Eindruck eines Psoriasisausbruchs machte, wenn auch die Annahme eines papulo-squammösen Syphilids natürlich näherlag. Auf große Jodkalidosen, erneute ausgiebige Wismutbehandlung und lokale 10%ige Hg-Präzipitate-Anwendung ging das Exanthem nur sehr langsam zurück. Inzwischen traten nun neben den psoriasisähnlichen Effloreszenzen auf Rücken und Armen typische korymbiforme Syphilide auf, so daß ich mich nun auch für die schuppenden Effloreszenzen zu der Diagnose: „Squammöse, psoriasiforme Syphilide" bekannte. — Bemerkenswerterweise waren inzwischen bei der Kranken trotz der vielen und ausgedehnten Hautausbrüche (und ohne etwa durch unterdosierte Salvarsangaben provoziert worden zu sein) Erscheinungen einer schweren Lues cerebri aufgetreten [Meningismus, Hirndruck, reflektorische Pupillenstarre, psychische Alteration, eine eigenartige motorische (bulbäre?) Sprachstörung und rapide Abmagerung], so daß ich bei dem völligen Darniederliegen der Abwehrkräfte des Organismus eine Malariakur für angebracht hielt und die Kranke zu diesem Zweck dem Krankenhaus überwies.

Aussprache zu *Buschke* (Fall 5):

Herr *Arndt* denkt an tiefe Trichophytie, möchte auch Bromoderma nicht ausschließen.

Herr *Löhe:* Der in der letzten Sitzung demonstrierte Fall eines Mannes mit den ungewöhnlichen, zu Narbenbildungen führenden Veränderungen der Haut scheint sich dahin aufzuklären, daß es sich um Veränderungen nach Bromeinverleibung handelt. Der Patient trinkt einen Tee, der seiner Ansicht nach aus etwa 20 Bestandteilen gemischt wird. Im Urin konnte Brom nachgewiesen werden. Von einem Urlaub, um den Tee zu besorgen, ist der Patient, der sich entlarvt sah, nicht zurückgekehrt.

Herr *Arndt.*

Herr *Pinkus* ist geneigt, auf den schwer entfernbaren Kopfhautbelag hin anzunehmen, daß es sich hier um einen vegetierenden Pemphigus handele. Daß unter der Pyodermite végétante Hallopeau ein Pemphigus vegetans stecke, ist ihm stets möglich erschienen.

Herr *Buschke.*

Herr *Arndt.*

Digitized by Google

Herr *O. Rosenthal* ist mit der Diagnose Impetigo staphylo- oder streptogenes einverstanden, hat aber Bedenken gegen die Bezeichnung Pyaemia vegetans. Zuvörderst müßten die Borken abgelöst werden, was auf artifiriellen Wegen gelingen muß.

Herr *Heller: Strichförmige Depigmentierung im Verlauf der Mittellinie des Rumpfes (Linea alba).*

22 jähriger Mann, ohne besondere Anamnese; Wa.R. negativ. (Seine Frau hatte nach der Entbindung positive Wa.R.) Patient ist ziemlich dunkel pigmentiert. In der Mittellinie des Abdomens befindet sich, 2—3 cm unter dem Processus xiphoïdeus beginnend und bis zum Nabel ziehend, eine genau diese Mittellinie einhaltende 13 cm lange, 0,6 cm breite weiße Zone. Dieser Naevus depigmentosus zeigt seine wahre Natur als angeborene Hautdeformität auch dadurch, daß er wieder in seiner Mittellinie eine fortgesetzte Kette von erweiterten Follikeln zeigt, in denen anscheinend ein Haar zugrunde gegangen ist. Ich möchte an die Ähnlichkeit mit Keratosis follicullaris erinnern.

Sonstige Störungen der Pigmentbildung (Skrotum und Membrum sind sehr dunkel gefärbt) sind *nicht* festzustellen.

Es handelt sich sicher, da eine Progredienz nicht beobachtet ist, um eine Art *negativen Pigmentnaevus.* Bemerkenswert ist die Entstehung der Depigmentierung im Verlaufe der Mittellinie des Abdomens, der sogenannten Linea alba. Letztere Bezeichnung stammt von der weißen Mittellinie der Vaginae fibrosae der Musculi rati abdominis. Auf der Haut nennt man diese Mittellinie auch, allerdings ohne Berechtigung, *Linea alba.* Gewöhnlich ist das Pigment in dieser Mittellinie stärker vermehrt, entsprechend der starken Behaarung. Die *auffallend* starke Pigmentierung dieser Linea alba ist ein bekanntes Schwangerschaftszeichen, das wohl niemals ganz fehlt. Ein völlig strichförmig verlaufender Pigmentverlust in dieser Linie ist nur aus der Literatur, aus Gesprächen mit hervorragenden Anatomen (Prof. *F. Pinkus,* Prof. *Kramer,* Prof. R. *Meyer*), aber nicht aus eigener Erfahrung bekannt. Wie erklärt sich dieser strichförmige negative Naevus an dieser Stelle?

Eine Lokalisation, entsprechend dem Verlauf eines Hautnerven, eines Haarstromes, der Spaltrichtungen der Haut, der Lymphbahnen, kommt gar nicht in Frage. Auch der von *Blaschko* ausgesprochene Gedanke, daß die linearen Naevi ein Liniensystem verfolgen, das mit dem Leistensystem der Retezapfen und Kutispapillen übereinstimmt, scheint den vorgestellten Fall nicht zu erklären. Mit der *Head*schen Metamerentheorie ist gleichfalls nicht viel anzufangen. Man müßte annehmen, daß eine Entwicklungsstörung in den Dermatonen 7—9 vorgelegen hat und daß diese Störung gerade da sich abgespielt hat, wo die beiden Hälften des Metamers in der Mitte zusammenstoßen. Die Entwicklung jedes Metamers an *einem* Abschnitt der Chorda-Uranlage spricht doch gegen eine besondere Labilität der vorderen Mittellinie jedes derartigen Abschnittes.

Am besten erklärt sich die Depigmentierung, wenn man eine Störung im Verlauf der *Voigtschen Grenzlinien,* der Verästelungsbrücke der Hautnerven annimmt. In der Mittellinie des Körpers, der sogenannten Linea alba, stoßen in der Tat die Verästelungsbrücken der Ram. anteriores der N. cutanis pectorales und abdominales zusammen. Es ist leicht vorstellbar, daß hier Störungen der Pigmentierung — Abwanderung und Zuwanderung von Farbstoff — am leichtesten vorkommen können, weil die Nervenversorgung hier am unregelmäßigsten vor sich geht. Es würde so allerdings wieder der heute sehr

Digitized by Google

unmodernen Theorie der Abhängigkeit der Pigmentierungsprozesse vom Nervensystem das Wort geredet werden. Die orthodoxen Endokrinologen können natürlich hier ihre Theorie retten und sagen, daß unter dem allgemeinen Einfluß von Hormonen bestimmte anatomisch prädisponierte Gebiete weniger Widerstand leisten als andere. Es würde aber dann wieder die *anatomisch-histologische Gestaltung der chemisch-hormoralen gegenüber das Primäre darstellen.*

Herr *F. Jacobsohn* bemerkt zu den Ausführungen *Hellers*, daß Nervensystem und endokrines System keine Gegensätze, sondern Glieder einer Kette sind.

Herr *Buschke:* Ich möchte darauf hinweisen, daß wir auf den Zusammenhang des Nervensystems mit der Pigmentdegeneration der Haut schon früher mehrfach bei der Besprechung des Leucoderma syphiliticum hingewiesen haben. Besonders ist es eine Arbeit von *Freymann* aus meiner Klinik, die darauf hinweist.

Herr *Löhe:*

22 Jahre alte Patientin, die mit 13 Jahren an Gelenkrheumatismus litt. Anfang 1926 Schwellung in beiden Kniegelenken. Behandlung auf Gelenkrheumatismus und Fluor, der seit Frühjahr 1925 beobachtet wurde. Damals entwickelte sich ein Ausschlag auf der dritten rechten Zehe, der auf die Fußsohle und die anderen Zehen überging; ambulante Behandlung in der Charité mit Eiweißinjektionen. Da das Gehen immer schlechter wurde und im Frühjahr 1927 „schlechtes Blut" festgestellt wurde, fand eine spezifische, später biochemische Behandlung statt.

Vor 8 Wochen entwickelte sich ein mit Borken bedeckter Herd auf dem Rücken; seit einer Woche trat Ausschlag auf dem linken Fußrücken und in der Gegend des rechten Kniegelenks auf. Die Gelenkbeschwerden nahmen immer mehr zu, so daß die Patientin nicht mehr imstande war, zu gehen. — Seit einer Woche ist das linke Handgelenk und mehrere Fingergelenke der rechten Hand erkrankt.

Anämische Patientin in reduziertem Ernährungszustand. An der Herzspitze deutliches systolisches Geräusch; Thyreoidea leicht vergrößert.

An beiden Unterschenkeln, besonders auf den Fußrücken, findet sich eine größere Zahl frischer, linsen- bis erbsengroßer Effloreszenzen, die teils pustulös, teils mit dicken Borken bedeckt sind, teils hyperkeratotisch umgewandelt erscheinen und als stumpfkeglige, bräunliche, harte Gebilde (namentlich auf den Fußsohlen) prominieren. Weniger zahlreich sieht man gleichartige Effloreszenzen im Bereich der Vorderarme, besonders über der Beugeseite der Handgelenke und auf den Flachhänden. Am rechten äußeren Fußrand, übergreifend auf die kleine Zehe, findet sich ein ausgedehnter, mit dicken Schuppen bedeckter Herd, von dem sich kleinere und größere, graugelbliche, leicht zerreibliche, trockene lamellöse Schüppchen abkratzen lassen. Ein ähnlicher Herd nimmt die mediale Seite der linken großen Zehe ein. — Die Nägel sämtlicher Zehen sind mit Ausnahme der zweiten linken verändert: es besteht eine starke Verdickung und Auflockerung des Nagels, übergehend bis aufs Nagelbett. Die Nagelsubstanz zeigt starke Längsfurchung und ist außerordentlich brüchig. Die Nägel des dritten und vierten Fingers sind am distalen Ende in gleicher Weise verändert, am Nagel des vierten rechten Fingers ist im proximalen Teil ein etwa erbsengroßer Substanzverlust in der Hornsubstanz. Das Endglied des linken Daumens ist

Digitized by Google

spindelförmig verdickt. Der Nagel, dessen Falz abgehoben ist, zeigt starke Auflockerung und Splitterung.

Gelenke: Das linke Ellbogengelenk ist leicht verdickt und aufgetrieben, Ellbogen kann nicht ganz gestreckt werden. Es besteht eine spindelförmige Auftreibung des mittleren Phalangealgelenks am linken zweiten Finger, eine walnußgroße, schmerzhafte Anschwellung des linken dritten Metakarpophalangealgelenks. Beide Kniegelenke verdickt, Erguß nicht nachweisbar. Rechts Handgelenk etwas verdickt, fühlt sich heiß an.

Am Rücken, in der Höhe der Lendenwirbelsäule rechts, ein markstückgroßer, scharf umschriebener Herd, der mit dicken, trockenen, austernschalenartigen Borken bedeckt ist, in seiner Umgebung zahlreiche kleinere linsen- bis erbsengroße gleichartige Effloreszenzen, die nach Abkratzen der Hornschuppe kapilläre Blutung zeigen; an der Stirnhaargrenze links ein gleichartiger, pfennigstückgroßer Herd. Auf dem behaarten Kopf eine Reihe von erbsen- bis pfennigstückgroßen, mit dicken Schuppen und Borken bedeckte, nicht infiltrierte Effloreszenzen.

Wa.R., Sachs-Georgi, Müller-Ballung: negativ.

Pirquet: schwach positiv.

Abstriche, Kultur und Komplementbindungsreaktion auf Gonokokken: negativ.

Blutbild: Erythrozyten 3 800 000, Leukozyten 8000, Hämoglobin 65 %.

Die Diagnose, die auf den ersten Anblick besonders in Rücksicht auf die Hyperkeratosen an Flachhänden und Fußsohlen als „gonorrhöische Hyperkeratosen" gestellt wurde, wurde fallen gelassen und als Psoriasis pustulosa gestellt.

Aussprache:

Herr *Michael* kann sich der Auffassung einer Arthropathia psoriat. mit Hyperkeratosen nicht anschließen, sondern glaubt, daß es sich im vorliegenden Fall um ein Krankheitsbild sui gener. handelt; es wäre wichtig, in solchen Fällen eine Blutaussaat vorzunehmen, ebenso bakteriologische Untersuchung der Harnröhre, da diese Fälle von „Gelenkerkrankungen mit Hyperkeratosen" stets mit Urethritis verbunden auftreten. Man muß daher an eine durch die Harnröhre vermittelte Allgemeininfektion denken, eventuell auch einen Zusammenhang dieses Krankheitsbildes mit den von Recter erhobenen Spirochätenbefunden im Blut bei fieberhafter Urethritis non gonorrhoic.

Herr *Arndt* hält den Fall für Psoriasis, falls Gonorrhöe auszuschließen ist.

Herr *Alfred Cohn:* Die negative Seroreaktion spricht an sich gegen eine spezifische Ätiologie der Hyperkeratose. Der Versuch einer Gonokokkenkultur aus dem Blut der Patientin erübrigte sich, weil die Kranke weder Schüttelfröste noch Temperatursteigerung hatte, und bei Fehlen dieser Symptome erfahrungsgemäß die Kultur mißlingt. Die weitere bakteriologische Untersuchung der Urethra dürfte in der von Herrn *Michael* angegebenen Richtung ebenfalls wenig Klärung bringen, da erfahrungsgemäß die normale Schleimhaut schon eine reichliche Bakterienflora beherbergt.

Herr *Buschke:* Ich habe gerade in der letzten Nummer der klinischen Wochenschrift eine kleine zusammenfassende Arbeit über gonorrhöische Hyperkeratosen ohne Gonorrhöe publiziert im Anschluß an einen sicheren Fall mit chronischer Polyarthritis mit Fiebersteigerung und typischer Hyperkeratose entzündlicher Art, wie sie die häufigste Form der gonorrhöischen Exantheme darstellt. In diesem Fall war Gonorrhöe absolut ausgeschlossen.

Digitized by Google

Die Jahre dauernde, in Attacken sich wiederholende Polyarthritis war erst von diesem Exanthem, welches besonders in der Gegend des erkrankten Gelenkes saß, gefolgt. Ich erinnere daran, daß ich bereits in der *Lesser*schen Festschrift über einen analogen Fall ohne Gonorrhöe berichtet habe bei einem Patienten, der vor vielen Jahren einen Tripper hatte, dann aber nur eine bakteritische Urethritis mit Gelenkschwellung aufwies. Die Arbeit war betitelt: „Über arthritische Exantheme auf uroseptischer Basis".

Ich führte damals schon an, daß von *Lannois* und *Baermann* je ein Fall mitgeteilt worden ist, bei dem die Autoren die Möglichkeit eines ähnlichen Zusammenhanges erörterten. Allerdings lag die Gonorrhöe so kurze Zeit zurück, daß mir die Fälle als zweifelhaft erschienen. Immerhin ist bei dem B*aermann*schen Fall von Interesse, daß die Stäbchen, die er in der Harnröhre fand, sich auch im Blutbild nachweisen ließen. Neuerdings ist nun von *Jolander* in der Acta dermatologica eine umfassende Arbeit über das Gesamtthema der gonorrhöischen Exantheme publiziert worden und darunter auch ein sicherer Fall von Polyarthritis rheumatica mit einem ganz charakteristischen sogenannten gonorrhöischen hyperkeratotischen Exanthemen. An der Existenz dieser hyperkeratotischen Exantheme ohne Gonorrhöe ist deswegen meiner Meinung nach nicht zu zweifeln, und wenn im Verlaufe der Untersuchung sich mit Sicherheit herausstellen sollte, daß die Patientin von Herrn *Löhe* keine Gonorrhöe hat und auch nicht gehabt hat, so wäre das ein besonders prägnanter und schöner Fall dieser gonorrhöischen Hyperkeratosen ohne Gonorrhöe. Allerdings wird es ja immer etwas zweifelhaft nach dieser Richtung erscheinen, da die Patientin Ausfluß hat und bekanntlich der Nachweis der Gonokokken bei solchen Frauen trotzdem oft auf die größten Schwierigkeiten stößt.

In einer Arbeit mit *Langer* haben wir die Frage des Zusammenhangs und der Analogie dieser Affektion mit der pustulösen arthritischen Psoriasis erörtert, und halten es nicht für ausgeschlossen, daß genetisch hier verwandte Affektionen vorliegen, die aber doch voneinander zu trennen sind. Wir haben seinerzeit bei einer gonorrhöischen Hyperkeratose einer Frau auch den Nachweis geliefert, daß man durch Reizung der Haut bei dieser Patientin diese Effloreszenzenart an entfernten Stellen erzeugen konnte. *Jolander* bestätigte dies. Wir sind der Meinung wie damals, daß durch die Gonorrhöe in einer uns bis jetzt unverständlichen Weise eine solche hyperkeratotische Disposition erzeugt wird, wenn sie nicht schon vorher bestand, wofür im übrigen sprechen dürfte, daß es Patienten gibt, die bei jeder Gonorrhöe, allerdings soweit ich die Literatur kenne, immer mit Gelenkaffektionen dasselbe Exanthem bekommen.

Was nun die Entstehungsweise betrifft, so ist so viel sicher, daß die gonorrhöischen Hyperkeratosen nicht durch Ansiedlung der Gonokokken erzeugt werden. Weder uns noch anderen ist meiner Meinung nach in überzeugender Weise der Nachweis von Gonokokken bei dieser Affektion geglückt. Ich halte es nicht für vollkommen ausgeschlossen, daß die Gelenkaffektion, die nach unserer Erfahrung das primäre ist, vielleicht durch Vermittlung des Nervensystems, der der *Haed*schen Zonen vielleicht für die Entstehung dieser Effloreszenzen in Betracht kommt. Natürlich ist das eine reine Hypothese. Gegen die Vermengung dieser Affektion mit der Psoriasis atrophicans und pustulosa sprechen folgende Gründe:

1. pflegt bei der Psoriasis das Exanthem den Gelenkerkrankungen vorauszugehen im Gegensatz zu diesen Affektionen;

Digitized by Google

2. ist die Entstehungsweise der Effloreszenzen, wie Herr *Löhe* eben sehr schön geschildert hat, gegen diese Identifizierung ins Feld zu führen, denn auch nach unseren histologischen Untersuchungen, die ich gemeinsam mit Herrn *Michael* publiziert habe, ist die Primäreffloreszenz meistens ein Bläschen, das vielfach unter Pustulation an seiner Decke verhornt, während die Psoriasis doch als Primäreffloreszenz entweder einen Fleck oder eine Papel hat, in der sich dann die bekannten Abszeßchen entwickeln, die bei der Psoriasis pustulosa dann besonders exzessiv werden, so daß dann im Endeffekt sich die Effloreszenzen beider Krankheiten sehr ähnlich sehen können. Aber aus diesem Endeffekt kann man natürlich nicht etwas Sicheres auf die Form der Krankheit schließen; und gerade die Autoren, die sich im Gegensatz zu meiner Anschauung bei der Beurteilung von Hautkrankheiten auf die Effloreszenzen stützen, müßten auf Grund dieser Erwägung beide Krankheitsbilder trennen.

Was nun die Bemerkung von Herrn *Michael* betreffs der Bedeutung der Ätiologie der in manchen Fällen gefundenen Harnröhrenbakterien, die ja auch normal oft vorhanden sind (abgesehen von Gonokokken), so kann diese natürlich für die Entstehung der Gelenkaffektionen in Betracht kommen, aber direkt für die Effloreszenzengenese nicht, da man sie dort gar nicht findet. Aber auch das ist bis zu einer gewissen Grenze zweifelhaft.

Erich Langer (Derm. Abtlg. Berlin-Britz): *Tertiäre Lues des Hodens und der rechten Lunge?*

56jähriger Mann, vor 30 Jahren Schanker, niemals antisyphilitisch behandelt. Jetzt plötzlich vor 3½ Wochen Schwellung und Rötung des rechten Hodens und des Penis an seiner Wurzel. Perforation eines Abszesses und Bildung eines mit nekrotischen Fetzen belegten, zirka fünfmarkstückgroßen Geschwüres an der Peniswurzel. Hoden und Nebenhoden miteinander verbacken, zirka gut gänseeigroß, hart, nicht schmerzhaft. Gleichzeitig Dämpfung des rechten Unterlappens der Lunge und im Röntgenbilde völlige Verschattung mit Verziehung des Herzens nach rechts. Für Tbc. kein Anhalt. Seroreaktionen: sämtlich positiv.

Wegen des Verdachtes einer tertiären Lues Behandlung mit Jodkali und Bi-Injektionen. Danach bedeutender Rückgang der Hodenschwellung, Reinigung und Granulationsbildung der Geschwürsfläche, Besserung des Allgemeinbefindens und Gewichtszunahme.

Herr *R. Ledermann* demonstriert:

1. Eine 39jährige Patientin mit *Recklinghausen*scher Krankheit. Patientin bemerkte vom 17. Lebensjahre ab eine universelle Ausbreitung der Geschwülste. Zurzeit sieht man über den ganzen Körper zerstreut unzählige Tumoren der verschiedensten Formen und Größe, meist gestielt von polypösem Charakter, viele auch breit aufsitzend und von rundlicher Form. Solche Tumoren finden sich nicht nur am Rumpf, sondern auch im Gesicht, an den oberen Augenlidern, an den Armen, an dem linken Handteller und an beiden Fußsohlen. Pigmentierungen sind verhältnismäßig wenig vorhanden: psychische Veränderungen bestehen nicht.

2. Einen im Monat März an Spirochäten enthaltenden Primäraffekt erkrankten Mann, der damals schon eine positive Wassermannsche Reaktion aufwies. Ein Exanthem war zuerst nicht sichtbar, trat aber kurz nach Beginn der Behandlung mit Bismogenol und Neosalvarsan in Erscheinung. Das Exanthem ging zurück, um nach kurzer Zeit während der Behandlung wiederholt wieder aufzutreten. Nachdem Pat. bereits 19 Bismogenol- und 9 Neosalvarsan-

Digitized by Google

injektionen (= 4 g) erhalten hatte, trat ein schweres, großknotiges, teilweise ulzeriertes Exanthem an den Oberschenkeln, den Glutäen, auf dem Kopf und im Gesicht auf, das von einer Schmierkur (= 60 g) und innerlichem Jodkaligebrauch nicht beeinflußt wurde. Pat. wurde deshalb in meine Klinik aufgenommen. Es handelt sich also um eine *Lues maligna praecox*, die, vielleicht nur vorübergehend, *Bi* und *As resistent* blieb.

(Unter einer Hg-Injektionskur erfolgt langsam ein Rückgang der Erscheinungen.)

Herr *Höfer* (Universitäts-Hautklinik): Die Kinematographie in der Dermatologie. (Demonstrationsvortrag.)

Kölner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. Juni 1928.

Meirowsky: Lymphogranuloma inguinalis.

Seit 2½ Monaten entwickelte sich bei dem Patienten in der rechten Leiste eine breitbasig aufsitzende Geschwulst von blaubraunroter Farbe, aus der sich aus zahlreichen Fisteln dünner Eiter entleert. Histologische Untersuchung ergibt kein Sarkom, keine Tuberkulose, keine Pilzaffektion, kein Ulcus molle. Wa.R. negativ. Röntgen- und Tartratbehandlung.

Birkner: Sklerodermie.

Um den Knöchel des 54jährigen Patienten ringförmige Verhärtung und rote Verfärbung, die histologisch nicht der typischen Sklerodermie entspricht. Basedow. Die Diagnose auf initiales Ödemstadium der Sklerodermie wird gestellt.

Birkner: Lichen ruber striatus.

Herde in strichförmiger Verteilung auf Arm und Rücken. *Meirowsky* glaubt, daß es sich um einen Nävus handelt.

Dreyer: Lues und Lupus erythematodes.

Im Gesicht schuppende scheibenförmige Herde mit Verhornungen; auf dem Rumpf follikulär angeordnete, gruppierte Knötchenherde. Wa.R. positiv. Neben der Lues besteht ein Lupus erythematodes und ein Lichen scrophulosorum.

Meirowsky: Parapsoriasis.

8 Jahre bestehendes Exanthem aus schuppenden Flecken.

Lebenstein: Urticaria pigmentosa.

Kind von 11 Monaten mit Infiltraten, pigmentierten Flecken und Narben.

Dreyer: Lichen ruber nach Salvarsan.

Herde an Unterarm und im Mund im Anschluß an eine Salvarsankur, die hier wohl als ursächliches Moment anzusehen ist.

Dreyer: Mikrosporie.

Herde mit Pilzen bei 3 Kindern.

Falkenstein: Acrodermatitis atrophicans.

30jähriger Patient mit initialen Infiltraten an Knie und Ellenbogen.

Falkensten: Lippensklerose.

Wochenlang verkannter Schanker mit großen Drüsenschwellungen.

Aus der Universitätshautklinik.

Zinsser: Mikrosporie.

Herde auf der Kopfhaut und Lichen mikrosporicus des Rumpfes, der auf Trichophytininjektion hin aufflammt.

Digitized by Google

Zinsser: Jodakne.

Auftreten nach einer Flasche Jodkali. Immer noch neue Pusteln auch nach vierwöchigem Aussetzen des Mittels.

Zinsser: Arsenkeratose bei Psoriasis.

Bei lange mit As behandeltem Psoriatiker keratotische Herde und Ablösung der Nägel vom Rande her, Affektionen, die auf die Arsendarreichung zurückzuführen sind.

Krantz: Haarwachstumsstörung.

Kahle Stellen mit abgebrochenen Haaren am Hinterkopf. Mikroskopische Untersuchung ergibt Störungen im Dickenwachstum und in der Pigmentbildung, keine Pilzerkrankung.

Sitzung vom 27. Juli 1928.

Berger: Sklerodermie.

Herd im Gesicht. Hand bereits in Klauenstellung. Gangrän am Daumenendglied. Therapieversuch mit Höhensonne.

Berger: Dermatitis der Stirn.

Die Stirnhöcker zeigen Rötung, durch ein chromgefärbtes Gummituch verursacht. Auch nach Fortlassen der Mütze dauert die Entzündung fort. *Dreyer* glaubt wegen des Mangels von Juckreiz und Bläschen mehr an Sarkoid.

Berger: Psoriasiserythrodermie.

Der Ausschlag ist bei dem bereits vorgestellten Patienten unter dem Einfluß der Sonnenbestrahlung ganz verschwunden. Die Nägel wachsen normal nach.

Berger: Keloide.

In der Narbe eines durch Kohlensäureschnee gänzlich beseitigten Nävusteleangiektodes im Gesicht haben sich kleine, zirkinär angeordnete Knötchen gebildet, die teilweise verhornt sind. Die Gebilde werden für Keloide gehalten.

Berger: Angioma cavernosum.

Tiefgehendes, tumorartiges Angiom bei 1½jährigem Kind. Bei Weiterwachsen Exzision. *Dreyer* hat auch bei diesen tiefen Formen gute Resultate mit Radium.

Meirowsky: Vitiligo und Nävus.

Um einen Nävus der Augengegend sieht man einen vitiliginösen Hof.

Berger: Luetische Hämaturie.

Patient, der vor 30 Jahren Lues hatte und damals behandelt wurde, erkrankt an Blutharnen unter Steinsymptomen. Wa.R. positiv. Eine Flasche Jodkali beseitigt alle Erscheinungen.

Dreyer: Granulosis rubra nasi.

Nasenspitze stark, Kinn und Stirn weniger befallen.

Dreyer: Lichen verrucosus simplex.

Herde am Unterschenkel. Patient leidet an Arthritis deformans.

Fischer (für *Selbach*, Wiesdorf): *Lichen ruber der Mundschleimhaut.*

Ausgedehnte Affektion des Zungenrückens in Schmetterlingsform. Herde auf der Wangenschleimhaut. *Berger* empfiehlt Pinselung mit 3% Chromsäurelösung.

Aus der Universitätshautklinik.

Vollmer: Prurigo nodularis.

Der 46jährige Patient leidet seit 3 Jahren an Jucken an den Extremitäten. Man sieht dicke Knoten neben zerkratzten Bläschen.

Fritz Falkenstein (Köln).

Digitized by Google

Royal Society of Medicine, Section of Dermatology.

Tagung vom 19. Januar 1928 unter *Mac Leods* Vorsitz.

The Br. j. o. D. a. S. 1928, 6.

Zu Beginn geben *Mac Leod* und *Dowling* einen längeren Bericht über den gegenwärtigen Stand der Seborrhöefrage. Sie zeigen Kulturen und Präparate und Fälle, die über die Morphologie, die kulturellen Eigenschaften und die Pathogenität des von ihnen als Ursache obigen Komplexes angesehenen Pityrosporon Malassez. Demnach sind alle Formen seborrhöischer Dermatitis als reine Pilzinfektion anzusehen seitens des Pityrosporon Malassez, der zu den Hefepilzen gehört, flaschenförmig aussieht und der Monilia und dem Saccharomyces verwandt ist. Der Pilz gedeiht besonders in Feuchtigkeit und Wärme, wenngleich auch die chemischen Veränderungen in seinem natürlichen Kulturmedium, der Talg- und Schweißsekretion, noch unbekannt zurzeit sind. Der Pilz findet sich demnach meist bei Personen mit fettiger und feuchter Haut, wie auch die seborrhöischen Dermatitiden. Impfversuche hatten bei solchen Personen immer Erfolg. Anzunehmen ist, daß auch Hautleiden wie Pruritus ani, Skrotal- und Inguinoskrotal-Dermatitiden mit ihm zusammenhängen, ebenso wie akute follikuläre Hauterkrankungen bei heißem Wetter, dem Analogon der „tropischen Juckhitze" (tropical prickly heat). Wahrscheinlich spricht bei den seborrhöischen Dermatiden auch noch als causa der Staphylococcus albus mit, der mit dem Malassezschen Pityrosporon in Symbiose lebt und zusammen mit ihm immer in seborrhöischen Schuppen gefunden wird. Zum Schluß Vorstellung von sechs Fällen seborrhöischer Läsionen verschiedener Art.

Whietfield sieht die klinischen Impferfolge als beweisend für Ätiologie des Pityrosporon Malassez an. Dieser scheine die Hornschicht der Haut aufzufasern, etwa wie bei Pityriasis versicolor, während die Sekundärinfektion mit dem Staphylococcus albus, der an sich nicht verflüssige (im Gegensatz zum Pityrosporon), zur konsekutiven Bläschenbildung nötig sei. Nun verstände man auch die Schwefelwirkung bei der feuchten Seborrhöe, denn Schwefel trockne eben die Haut aus, an den an sich trocknen Seborrhöestellen sei er aber bekanntlich nicht so wirksam. Hg-Salze würden andererseits die Fungi auf trockner Haut töten. *Dowling* weist darauf hin, daß sie dabei seien, die verschiedensten Medikamente in ihrer Wirksamkeit auf das Pityrosporon zu prüfen. Nach seiner Erfahrung habe man mit dem Pityrosporon allein niemals Bläschen erzeugen können (was ja für die Mitwirkung des Staphylococcus albus sprechen würde. Ref.).

Weber: Ungewöhnlich rezidivierende Blaseneruption bei einem leicht ichthyotischen Knaben. Jetzt 10jähriger Junge, war mit 2 Jahren operiert worden Phimose wegen. 3 Tage später erste Blase von Fünfschillinggröße am inneren oberen Drittel des rechten inneren Oberschenkels. Weitere Blasennachschübe für 6 Monate. Seitdem jährlich im Juni und November Attacken von je 6 Wochen Dauer. Blasen, anfangs klein, vergrößern sich stetig bis Fünfschillinggröße und darüber. Inhalt steril, umgebende Haut nicht gerötet. Beträchtliches Jucken bei Heilung der Blasen. Nach Heilung schuppende Hautstellen, die auch allmählich verschwinden. Sonst gesunde Konstitution. Ichthyotische Hautverdickung an Unterschenkeln, Gesäß, Händen und Ellbogen. Gemäß späterer Mitteilung hält V. seinen früheren Verdacht auf Dermatitis her-

Digitized by Google

petiformis nicht mehr aufrecht und glaubt eher an kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie mit Blasenbildung, wenngleich Erythrodermie sich nicht zeigte. Da auf Läsion sich Blasen einstellen, könne man auch an eine mit Ichthyosis verbundene Epidermolysis bullosa denken, worauf schon *Crocker* anspielte. *Mac Leod* denkt an Zwischenstufe zwischen Ichthyosis und Epidermolysis bullosa, einen Zustand, den man als Ichthyosis bullosa bezeichnet habe. *Goldsmith* wagt keine Diagnose zu stellen, bevor nicht der Blaseninhalt untersucht sei. Es sei unklar, ob ein Zusammenhang bestehe zwischen den Blasen und der ichthyosiformen Erythrodermie. Bis dahin könne man denken an infizierte epidermolytische Blasen und an Pemphigusblasen.

Weber: Cutis striata bzw. sulcata vom Subokzipitaltyp. Mann von 58 Jahren mit Bulldockhals, plethorisch und mit Polyzythämie, also Typus apoplecticus. Breiter Sattel von Ohr zu Ohr verlaufend über Nackenhaargrenze zwischen zwei tiefen Furchen. Der ungewöhnliche Verlauf in der Subokzipitalgegend soll zusammenhängen mit dem vorliegenden, kurzen Hals.

O'Donavan: Melanodermis und follikuläre Keratose nach Salvarsan. 26jähriger, dunkelhaariger, hagerer Mann. 2 Wochen nach letzter von 7wöchentlichen Injektionen (von 0,6—0,9 g Neo-Kharsivan) beide Beine rot und geschwollen, bald auch ganzer Körper, mit starkem Haarverlust. Jetzt nach 6 weiteren Monaten auffallend scheckig-dunkle Pigmentierung in starker Ausdehnung, daneben ausgedehnte Entwicklung kleiner ungefärbter Hornstachel, hervorkommend aus Follikeln. Wieder nach 1 Monat sind wenige Stachel gerötet, viele tragen schwarze Köpfe und lassen sich wie Komedonen ausdrücken. Weiter jetzt feuchte Ekzemstellen am rechten Handgelenk und rechter vorderer Achselfalte. Jetzt Kranker subjektiv gesund, früherer positiver Wa.R. jetzt negativ. Urin frei von As. und Albumen.

Mac Leod hält vorliegende Pigmentierung nicht für Folge von As. Die Keratosis follicularis arsenicalis aber wecke Verdacht, daß auch andere Keratosisformen, wie Lichen spinulosus etwa, vielleicht toxischer Provenienz sein könnten. *Drake* macht darauf aufmerksam, daß manche Flecke deutlich atrophisch wären, einige sogar eingesunken, was auf frühere entzündliche Eruption hinweise. *Little* entsinnt sich eines Falles von „Pityriasis rubra" nach As. Follikuläre Läsionen nach Salvarsan seien auch ihm vorgekommen. *Weber* sieht in den Pigmentflecken sekundäre lichenoide luetische Eruptionen, in die Hämosiderin sich abgelagert habe. Später würde man hier eine luetische makuläre Atrophie sich entwickeln sehen. As. allein könne solche Maculae unmöglich ohne vorhergehende luetische Flecke machen. *Gray* gibt zwei kurze Kasuistiken gleich etwa vorgestelltem Fall. Dem einen fielen jedesmal nach As. die Haare aus, um später nach Aussätzen von As. wiederzukommen, der zweite entwickelte so was wie Pityriasis rosea, die sich aber dann über den ganzen Körper generalisierte. *O'Donovan* will nichts von Syphiliden als prädisponierendes Terrain für Pigmentation nach As. anerkennen, denn dann müsse ein schwerer Rückfall eingetreten sein, gerade während der Behandlung und bei negativer Wa.R., sicherlich aber wäre zuzugeben, daß die Pigmentflecke in Form und Lokalisation sich so zeigten, wie man es von sekundären Syphiliden kenne. Vielleicht also befalle Pigmentierung prädilektiv geschwächte Hautstellen.

Digitized by Google

Little: Poikilodermie. 48jähriger Mann bekam vor 2 Jahren Pigmentierung zwischen Kinn und Adamsapfel. Pigmentierung befiel weiter außer anderen Körperteilen im weiteren Verlauf besonders Gesicht um Augen, Kieferwinkel, Schläfen und mehr. Daneben typische zarte Atrophie an pigmentierten Stellen, aber keine Rötung. Keine Gewichtsabnahme. Zahlreiche faule Zähne. *Weber* glaubt, daß manche Fälle von Chloasma uterinum, das ja auch bei Männern vorkommen könne, zu vorliegender *Civatte*scher Poikilodermie zu rechnen seien.

Little: Dermatitis herpetiformis. 6½ jähriges Mädchen leidet angeblich schon seit Geburt an diesem Leiden. Am Kinn so was wie septisches Granulom. Kind sehr abgemagert und krank, mit zahlreichen Blasen überall. Nägel alle ausgefallen an Füßen, an Händen geschädigt. Unter As. langsame Besserung.

Mac Leod hält Epidermolysis bullosa hier für ausgeschlossen wegen Heilwirkung von As. Allenfalls käme noch Pemphigus vegetans differentialdiagnostisch in Frage.

*Little: Darier*sche Krankheit. 47 jährige Frau. Vor 2 Monaten anscheinend akute Urtikaria. Bald aber machte typische Keratosis follicularis den Fall klar. Läsion am behaarten Kopf ähnlich einer Acne varioliformis. Vielleicht der ausgedehnteste Fall, der bislang berichtet. Histologisch die typischen runden Granula des Darier. Fast dauernd Urtikaria mit zu- und abnehmendem Jucken der keratotischen und urtikariellen Läsionen.

Siegfried (Aachen).

Tagung vom 16. Februar 1928 unter *Mac Leods* Vorsitz.

The Br. j. o. D. a. S. 1928, 7.

Mac Cormac: Fälle von leukämischer Erythrodermie. 27 jähriger Mann bekam vor 7 Jahren allgemeines Jucken und Schweißausbruch, später nässenden Ausschlag in Achselhöhle. Darauf allgemeine Hautrötung und Knoten, Haarausfall, Eiterausfluß aus Ohren und Augen. Im weiteren Verlauf Besserungen und Verschlimmerungen nach Licht- und trotz Lichtbehandlung. Rote Blutzellen 6 320 000, weiße 88 400. Korium dicht infiltriert mit Lymphozyten und lymphoblastischen Plasmazellen. Panadenie, die nach Röntgen zurückgeht, während Erythrodermie blieb. Jetzt Haut überall leicht gerötet und schuppend. Überall einzelne rote Flecke und netzförmige, tiefrote Streifen, deren Farbe auf Druck nur teilweise verschwindet. Füße geschwollen mit feuchter Haut. Hände, Fußsohlen und Nägel hyperkeratotisch. Schenkeldrüsen stark vergrößert. Allgemeines Jucken. Polymorphe 20%, Lymphozyten 77%. *Sequeira* und *Panton* hätten seinerzeit ähnliche Fälle als „lymphoblastische Erythrodermie" beschrieben, und sie hätten die allgemeine Hautröte als hervorstechendstes Kriterium neben der absoluten Zunahme der Lymphozyten angesehen. *Mac Leod* und *Wighly* hätten einen ähnlichen Fall als Lymphadenoma mit Erythrodermie beschrieben. Während aber in *Sequeiras* und *Pantons* Fällen nur drei noch bis zum dritten und vierten Jahre nach Ausbruch gelebt hätten, dauere der vorgestellte Zustand schon 7 Jahre, und der Gesundheitszustand sei im allgemeinen ein guter. *Weber* entscheidet sich für „lymphoblastische Erythrodermie". Was sonst allgemein unter dieser Rubrik gezeigt werde, sei der *Kaposi*schen „Lymphodermia perniciosa" zuzurechnen. Allgemeine Ery-

Digitized by Google

throdermien kämen auch bei der *Hodkin*schen Lymphogranulomatosis maligna und auch bei Tbc. der Lymphdrüsen vor. *Mac Leod* meint, daß die Unklarheit in den einzelnen Bildern davon herrühre, daß verschiedene Blutkrankheiten ähnliche klinische Äußerungen annehmen könnten. Niemals könne man der kranken Haut das zugrunde liegende Blutbild ansehen. *Dore* weist auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen der vorgestellten lymphoblastischen Erythrodermie und der Parapsoriasis hin. Manche Parapsoriasisfälle wären wohl Vorläufer dieser leukämischen Erythrodermie, bevor also das Blutbild ausgeprägt vorliege.

Thomson: Acanthosis nigricans. Knabe von 13 Jahren bekam erst vor 4 Wochen Schrunden an Hals- und Handrücken. Seit diesen 4 Wochen also hat sich der Zustand ziemlich generalisiert. Dunkelbraune Verfärbungen mit Schuppung und Fissuren. Teilweise schwach angedeutete Papillome längs der natürlichen Hautfalten. Hohlhandhaut verdickt. Das alles innerhalb 4 Wochen, was den Kasus so seltsam macht. Als einziges abnormales Zeichen bezüglich innerer Untersuchung ergibt sich nur vermehrte Zuckertoleranz, und dann war die Flexura sigmoidea des Kolons besonders lang und stark verbreitert, so daß V. hier möglicherweise mit einem „Focus" rechnet. Histologie weist auf obige Diagnose hin: Hyperkeratose, Verdickung der Körnerschicht, teilweise Akanthosis, Melanin aber schwach, angedeutete Papillome. *Weber* hält diesen schwach angedeuteten Fall als von interner Toxämie herrührend. *Barber* möchte Diagnose legen zwischen Pityriasis rubra pilaris und As-Vergiftung. *Little* pflichtet *Barber* bei, zumal er drei solche Fälle nach As. gesehen habe. *Mac Leod* beanstandet das jugendliche Alter des Kranken in Hinblick auf Acanthosis nigricans. Er habe gelegentlich einer Statistik solcher Fälle seinerzeit nur in 30% maligne Tumoren feststellen können. Gemäß Postskriptum ist weder im Urin noch Haut eine Spur von As. gefunden worden. Hyperkeratosis jetzt generalisiert, auch Follikel haben sich an Prozeß nicht beteiligt. Also wohl angedeutete Varietät von Acanthosis nigricans gemäß *Weber*.

Barber: Zwei Fälle von Sarkoid. Seit 1 Jahr bzw. 8 Monaten Sarkoide an linkem Bein und Gesicht. Ursprünglich flach erhabene Flecke verschiedener Größe, gelb und lupoiden Aussehens. Dann Einsinken in Mitte mit Narbenbildung, so daß jetzt zentral vertiefte Atrophie und darum gelblicher, sarkoider, erhabener Ring. Also Aussehen wie Basalzellenkarzinom. Pirquet negativ gegenüber menschlicher und boviner Tbc., ebenso Wa.R. Lungen radiographisch am Hilus dichte Schatten mit davon auslaufenden Narbenzügen. Mikroskopisch Sarkoid gesichert. Zweiter Fall betrifft 52jährige Frau, die seit 9 Monaten an Stirn und Nase zarte, erhabene, rötlich-braune Knötchen zeigt, von denen mehrere nach Krysolgan verschwanden. Pirquet und Wa.R. auch hier negativ, Lungen frei. *Weber* will wissen, ob nach des V. Meinung Sarkoid positiven Pirquet ausschließe, wie es ja auch *Schaumann* verlange. Bei negativem Pirquet müsse man bezüglich der Erwachsenen an Hodgkin denken. *Barber* erwidert, daß *Schaumann* bei positivem Pirquet unbedingt Sarkoid ausschließen würde. Weiter verschwänden nach *Schaumanns* Standpunkt bei Entwicklung einer Lungentuberkulose die kutanen Sarkoide spontan.

Brain: Adenoma sebaceum. 23jähriger Mann. Fall interessant, weil Mutter und Schwester des Patienten dasselbe Leiden hatten, letztere sei geisteskrank geworden.

Digitized by Google

Graham Little: Ulzeration der Brustwarze. Paget. 56 jährige verheiratete Frau. Geschwür seit 12 Monaten. Haut in Umgebung intakt. Keine regionäre Drüsenschwellung.

Graham Little: Knotige Infiltrationen im Subkutangewebe. Fall zur Diagnose. Verheiratete 40 jährige Frau, seit 12 Monaten mit tiefen, knotigen, abgrenzbaren Infiltraten im Unterhautfettgewebe. Druckempfindlichkeit, aber auch sonst schmerzend. Ein Fleck 5:2 cm am linken Arm, dunkelbraun. Wahrscheinlich Frühstadium von Adipositas dolorosa.

Graham Little: Seltener Fall von Lichen planus. 55 jähriger Mann, der beide Vorderarme besetzt hat mit purpurblauen kleinen Papeln, die der Haut ein gefenstertes Aussehen verleihen, indem sie, linienförmig angeordnet, Maschen freilassen. Auf Handrücken mehr follikuläre Anordnung, auch an inneren Oberschenkeln diskrete follikuläre Papeln. Glans zeigt dunkelbraune Stellen und Hoden, breites licheninfiziertes Band. Mund weißliche Flächen. *Mac Leod* sieht Mundläsion als charakteristisch an für Lichen planus.

Dore: Chronisches Erythema perstans der Beine, behandelt mit Sympathektomie der Beinarterien. 61 jährige Frau hatte seit 15 Jahren zyanotisches Erythem des unteren Drittels beider Beine, das in kalten Monaten besonders schlimm war, so daß Blasen unter Schmerzen auftraten. Trotz obiger Operation keine Besserung. Also in solchen Fällen keine Sympathektomie, wie aus zwei weiteren gleichen Fällen des Operateurs hervorgehe. *Weber* weist auf die jetzige bis kniefreie Mode der Frauen hin, die auch zugleich auf Unterleibsorgane erkältend wirke und ursächlich in Frage komme.

Davies: Mikroskopisches Präparat eines Adenokarzinoms der Schweißdrüse, entstammend der Kopfvorderseite eines 18 jährigen Mädchens. Die Läsion zeigte gestielte Schwellung von Erbsengröße in Eiter gebadet. Aussehen rot, leicht gelappt. Konsistenz weich. Leicht blutend. Davon in mäßiger Entfernung einige Granulationen ... Anscheinend Granuloma pyogenicum, indessen histologisch unklares Bild. Da auch nach Röntgen keine Heilneigung, Extirpation. Schnitt zeige azinöse Anordnung der wuchernden Zellen mit ziemlich klarer Malignität. *Mac Cormac* glaubt an Basalzellenkarzinom. *Mac Leod* erklärt sich einverstanden, nur könne man das aus dem mikroskopischen Schnitte nicht ablesen. *Siegfried* (Aachen).

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Dermatologie.

Allgemeine Pathologie. Pathologische Anatomie. Bakteriologie.

G. Del Vivo: **Örtliche Immunität und Immunisation der Haut bei staphylogenen Hautveränderungen.** Experimenteller und klinischer Beitrag. Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1353.

Del Vivo weist auf die neueren Arbeiten von *Besredka* hin, welche als Träger der Immunität, wenigstens bei gewissen Krankheiten, ein vorhan-

Digitized by Google

denes Organ annehmen, welches als spezifischer Rezeptor und Immunisator diene, und beschäftigt sich speziell mit den Fragen der Immunität und Immunisation der Haut bei staphylogenen Erkrankungen.

Er teilt seine eigenen klinischen und experimentellen Befunde mit und erkennt den in Form feuchter Umschläge gebrauchten Filtraten der Bouillonkultur von Staphylokokken bei den banalen Eitererkrankungen der Haut bemerkenswerte therapeutische Einwirkungen zu.

Bei Prüfung der Frage der örtlichen Immunität der Haut gegenüber dem Staphylokokkus kommt er zu dem Schlusse, daß die Haut kein spezifisch rezeptives, auch kein notwendig elektives Organ für das Haften der Staphylokokken in unserem Organismus darstellt, sondern einfach die häufigste Eingangspforte für diese Keime, und daß die präventive und therapeutische Wirkung der Bouillonvakzine nicht als eine Vakzination aufzufassen ist, sondern nur als eine Erscheinung der lokalen Verteidigungskräfte. *Fritz Juliusberg* (Braunschweig).

H. Haxthausen: **Studium der epidermoidalen Streptodermien durch ein neues Kulturverfahren.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 4. 1927.

Die Untersuchungen wurden vorgenommen mit Bouillon von 7,5 pH mit 1 % Glukose und einem Zusatz von Kristallviolett bis zur Konzentration von $^1/_{200\,000}$ bzw. $^1/_{1\,000\,000}$ sowie einem analogen festen Nährboden (mit 2 % Agar, 10 % Menschenblut und der 2—3fachen Menge Kristallviolett. *H.* fand bei 92 Untersuchungen gesunder Haut 7mal Streptokokken, bei 204 Fällen verschiedenster Dermatosen, 30mal Streptokokken; regelmäßigere Befunde wurden erhoben bei Impetigo, Ekthyma und Intertrigo, ebenso bei Pityriasis simplex faciei (40mal unter 54 Fällen) sowie Pityriasis simplex am Körper (31mal unter 62 Fällen) sowie an der behaarten Haut (28mal unter 42 Fällen). *H.* glaubt, daß man manche Formen von „Eczema seborrhoicum" und „Eczematiden" zu einer „Pityriasis streptogenes" rechnen müsse. *Zurhelle* (Bonn).

Berger: **Über die Verwendung von Kalbmilznährböden in der Bakteriologie.** M. K. 1927. 5.

Der aus Kalbsmilz und Ringerscher Lösung angesetzte Nährboden, dessen Herstellung genau angegeben ist, eignet sich auch sehr gut für Gono-, Meningo-, Staphylo-, Strepto- und Pneumokokken. Kolonien treten frühzeitiger auf als auf andern Substraten und zeigen auch üppigeres Wachstum. Bezüglich der immunisatorischen Fähigkeiten der so gezüchteten Kokken läßt sich sagen, daß ihr opsonischer Index an der Spitze aller anders gezüchteten gleichartigen Kokken steht. Um Gono- und Meningokokken zu züchten, muß dem Nährboden noch Aszitesflüssigkeit zugesetzt werden. Der Preis des Nährbodens ist nicht höher als der mit Fleischextrakten hergestellte, übertragt letzteren aber bedeutend an Wertigkeit. *Siegfried* (Aachen).

M. Masugi: **Über die Wirkung des Normal- sowie des spezifischen Immunserums auf die Paramäzien. Über die Immunität derselben gegen die beiden Serumwirkungen.** Krankheitsforschung Band V. S. 375. 1928.

Das normale Serum der Kaninchen und der Meerschweinchen übt eine vorübergehende, lähmende Wirkung auf die Paramäzien aus. Diese Wirkung verschwindet durch Erhitzen auf 56° ($^1/_2$ Stunde) oder durch Lagern und wird durch Hinzufügen des Komplements nicht reaktiviert. Diese Wirkung

Digitized by Google

des normalen Serums ist wohl auf das Komplement zurückzuführen. Durch Immunisierung der Kaninchen und Meerschweinchen mit Paramäzien entsteht ein spezifischer, thermostabiler Antikörper, durch den die Paramäzien gelähmt und auch abgetötet werden. Das Komplement scheint an der Oberfläche anzugreifen, während der Antikörper des spezifischen Serums eine mehr allgemeine Lähmung ausübt. Für die Lähmungserscheinung durch das spezifische Serum verantwortlich zu machende, optisch sichtbare Veränderungen wurden nicht ermittelt. Behandlung der Tiere mit dem Lipoidbestandteil oder dem von Lipoiden befreiten Rückstand der Paramäzien sowie mit den auf 100° (1 Stunde) erhitzten Paramäzien konnte die Entstehung irgendwelcher besonderer Antikörper nicht anregen. Die Paramäzien werden immun gegen die spezifische Serumwirkung, wenn sie eine gewisse Zeit mit einer gewissen Menge der Antikörper in Reaktion bleiben, aber sie können nicht gegen die Komplementwirkung unempfindlich gemacht werden. Die immun gewordenen Paramäzien verlieren die Bindungsfähigkeit für spezifische Antikörper. Auch die abgetöteten immunen Paramäzien lassen mehr Antikörper ungebunden als die abgetöteten normalen. Die immunen Paramäzien werden plump durch Fettanreicherung in ihrem Protoplasma, was eine gewisse Bedeutung für die Widerstandsfähigkeit gegen die Serumwirkung zu haben scheint. Auf Immunisationsvorgänge sicher zurückzuführende morphologische Veränderungen konnten weder an der Pellikula noch am Protoplasma und Kern der Paramäzien wahrgenommen werden. *Memmesheimer* (Bonn).

Friedberger (Berlin-Dahlem): **Eine neue Methode der Toxin- und Antitoxinauswirkung am isolierten Gefäßpräparat.** D. m. W. 1928. Nr. 3.

Verfasser benutzte seine zur Bearbeitung von Immunitätsproblemen angegebene Methode: Injektion bzw. Durchspülung der Bauchaorta frisch entbluteter Meerschweinchen erst mit Ringer-Locke-Lösung, darauf mit der zu untersuchenden Flüssigkeit oder ihrem Gemenge, Bestimmung der in der Zeiteinheit aus den Venen abtropfenden Flüssigkeitsmenge, welche durch die Variabilität der austretenden Tropfenzahl die Gefäßreaktion angibt. Die Methode ergab für die Auswertung von Toxinen und Antitoxinen brauchbare Resultate. Es zeigte sich, daß im Versuch die gefäßverengernde Wirkung des Toxins durch das Antitoxin so gut wie völlig aufgehoben wird. Die Methode ist auch außer bei Diphtherietoxinen und Antitoxinen zur Auswertung anderer Gifte und Gegengifte geeignet. *O. Dittrich* (Kiel).

Umber und *Rosenberg* (Berlin): **Regionärer Ikterus, zugleich ein Beitrag über den Wert der Blasenmethode für die Untersuchung der Gewebe.** D. m. W. 1928. Nr. 3.

Beobachtungen über regionären Ikterus sind bisher sehr selten, die Verfasser berichten über 5 Fälle, welche diesen partiellen Ikterus aufwiesen. 4 davon betrafen die obere Körperhälfte, 1 die unteren Extremitäten und Skleren. Es ergab sich aus den Untersuchungen, daß der mit Hilfe eines Vesicans (Kantharidenpflaster) gewonnene Blaseninhalt aus der ikterischen und nichtikterischen Haut fast den gleichen Bilirubingehalt wie das Serum aufwies. Das Bilirubinangebot durch Blut und Gewebssäfte ist also beim Stauungsikterus überall das gleiche, es scheint aber die Bilirubinaffinität der Gewebe mindestens eine Zeitlang verschieden zu sein. Vielleicht

Digitized by Google

handelt es sich ähnlich wie bei der regionären Lipophilie der Fettsüchtigen um nervöse Einflüsse der trophoneurotischen Zentren, von denen aus die Imprägnierung der Gewebe segmentär beeinflußt wird. Die Blasenmethode wird nicht als brauchbar angesehen, um Aufschlüsse über den Chemismus des Gewebssaftes zu erhalten, da der Blaseninhalt im wesentlichen mit der Blut-, Lymph- oder Interzellularflüssigkeit identisch ist.

O. Dittrich (Kiel).

Haagen (Berlin-Dahlem): **Die Bedeutung der Monozyten bei der experimentellen Tumorerzeugung.** D. m. W. 1928. Nr. 3.

Die Arbeit ist ein Beweis der Differenzierungsmöglichkeiten von Monozyten und Fibroblasten, welche beiden Zellformen häufig hinsichtlich Herkunft und Funktion im Organismus in allerengstem Zusammenhang gebracht zu werden pflegten. Es ergaben sich schon in den Züchtungsversuchen in vitro auffallende Unterschiede zwischen beiden Zellarten, welche sich auf die Verflüssigung des Nährmediums, das Erhaltenbleiben der Vitalität, Proteolyse, Spaltungsvermögen gegenüber Kohlehydraten usw. erstreckten. Es wurde ferner die Rolle der Monozyten bei der experimentellen Tumorerzeugung unmittelbar im Tier untersucht. Die Tumorübertragung gelingt mit den aus Sarkomkulturen isolierten monozytären Amöboidzellen sowie mit den aus dem Blute von Sarkomhühnern gewonnenen Monozyten allein, dagegen nicht mit Fibroblasten. Versuche mit normalen Monozyten ergaben deren Fähigkeit, nach Vorbehandlung mit allein unwirksamen Sarkomfiltraten im Huhn im Gegensatz zu den Fibroblasten ein Sarkom auftreten zu lassen. Diese Fähigkeit kann durch Zusatz von stark verdünnter arseniger Säure derartig gesteigert werden, daß äußerst bösartige Sarkome entstehen. Bezüglich des Malignitätsfaktors dürfte es sich um einen nur intrazellulär in wirksamer Form vorkommenden chemischen Stoff (Enzym, Ferment oder Vitamin?) handeln, welcher auf einen exogenen chemischen Reiz hin in Tätigkeit tritt.

O. Dittrich (Kiel).

Goodman: **Fluorescence: Particularly in Dermatology. (Fluoreszenze, besonders in der Dermatologie.)** The Br. j. o. D. a. S. 1928, 3.

Verf. hat sich eines noch nicht im Handel erhältlichen Nickelglasfilters vor der Quecksilberlampe bedient, eines Filters, das Strahlen über 3660 Angstromeinheiten durchläßt, also Strahlen, die nahe den sichtbaren Violettstrahlen liegen. (Wer eine Kromeyerlampe besitzt, könnte diese Versuche leicht mit dem für 20 Mk. erhältlichen ähnlichen Filter der Hanauwerke nachprüfen. Ref.) Verf. machte es sich zur Gewohnheit, jeden Hautkranken unter diesem Filter zugleich zu untersuchen und veröffentlicht nun hier eine Anzahl von Einzelbeobachtungen bei einem Heer von Dermatosen, die von Interessenten nachgelesen werden müssen. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß alles Epidermale (Warzen, Zähne, Nägel usw., perlweiß erscheint. Je weniger Pigment die Haare enthalten, um somehr fluoreszieren sie. Entzündliche Infiltrate heben Fluoreszenz auf, ebenso Blutinfiltrate. Hautpigment stört Fluoreszenz, sein Verlust, wie bei Vitiligo und Leukoderma, hebt sie. Bei Tageslicht unsichtbares Pigment wird deutlich sichtbar, ebenso verraten sich Stellen, an denen Erythem sich vorbereitet, schon frühestens als fluoreszierend. Da nach Röntgen und

Digitized by Google

Radiumbestrahlung sich schon sofort hinterher Fluoreszenz zeigt in bestimmten Abstufungen, besteht vielleicht die Möglichkeit, nach weiterer Erfahrung schon auf diesem Wege sofort zu bestimmen, wie weit man je nach Individuum (Überempfindlichkeit) und Ort der Bestrahlung in der Dosierung gehen kann. Dann geht Verf. zum Schluß auf sonstige Anwendungsmöglichkeiten des Filters ein, die das Gebiet von Lebensmittelfälschungen und solche im Kunsthandel berühren, also aus dermatologischem Rahmen herausfallen. (Vgl. Broschüre der Hanauwerke, Preis 1 Mk. Ref.) Andeutend sei endlich erwähnt, daß vielleicht die mehr minder noch bestehende Hautfluoreszenz bei anscheinend totgeborenen Kindern oder bei Rettungsversuchen Asphyktischer uns eine Handhabe wird geben können, zu beurteilen, ob überhaupt noch ein Lebensfunke im anscheinend toten Körper glimmen mag, der Fortsetzung der lebenserhaltenden Versuche rechtfertigen möchte. Es besteht kein Zweifel, daß obiges einfaches Verfahren mit dem „kalten schwarzen Licht" noch sehr viele andere Wissenszweige bereichern wird. Sicher aber sieht hier die Dermatologie noch großen, sie befruchtenden Dingen entgegen.

Siegfried-Aachen.

Roxburgh: **The Derection of Ringworm hairs on the scalp by their fluorescence under Ultra-Violet light. (Die Aufdeckung der von Pilzen befallenen Haare des Kopfes durch ihr Fluoreszieren im ultravioletten Licht.)** The B. j. o. D. a. S. 1927, 8—9.

Verf. hat seinerseits die bekannten Fluoreszenzerscheinungen im Ultraviolettfilter nachgeprüft, der bekanntlich nur Strahlen von 3600 bis 3300 Angströmwellenlänge durchläßt. Auch er konnte Relikte noch nachweisen, wo anscheinend Heilung nach Thalliumazetat zur völligen Alopezia führte. Vielleicht wurden die neuen Haare schon infiziert, bevor noch die kranken alle ausfielen. Wichtig für Fluoreszenzverfahren ist die Entscheidung, ob Familienangehörige des Erkrankten vielleicht schon leicht angesteckt. Dann erwähnt Verf. noch Ersatzlampen für Ärzte ohne Quarzlampe zur Durchführung obiger Untersuchungen.

Siegfried-Aachen.

Schimanko: **Die Veränderungen der Reaktionsfähigkeit der Haut.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 3.

Verf. beschreibt seine Erfahrungen über den Verlauf des Prozesses der Hautsensibilität und über den Einfluß verschiedener Reagenzien, wie Sonnenlicht, künstliches Licht usw., wobei ihm als Indikator: Gonokokken- und Trichophytievakzine, Tuberkulin usw. dienten. Er fand, daß ganz verschiedene Reagenzien ähnliche Veränderungen der Reaktionsfähigkeit hervorrufen können, und daß jede Erhöhung der Reaktionsfähigkeit der Haut nach einer bestimmten Zeit in das Stadium der verminderten Reaktionsfähigkeit übergehen kann, so z. B. macht sich zu Beginn der Sonnenlichtwirkung stets eine Sensibilitation bemerkbar, welche aber nach sehr starker Sonnenlichtbestrahlung durch Desensibilition ersetzt werden kann. Noch bedeutender ist das Desensibilisationsstadium, welches auf die durch die ultravioletten Strahlen zunächst hervorgerufene Sensibilisation folgt.

A. Jordan.

Digitized by Google

F. Klinge: **Untersuchungen über die Beeinflußbarkeit der lokalen Serumüberempfindlichkeit durch Eingriffe am aktiven Mesenchym (Milzexstirpation und Speicherung).** Krankheitsforschung. 1927. Bd. V. S. 308 und 458.

Um die Abhängigkeit des anaphylaktischen Geschehens von Stoffwechselleistungen des aktiven Mesenchyms zu zeigen, wurde der Ausfall der lokalen Anaphylaxie (des *Arthus*'schen Phänomens) bei mit Pferdeserum sensibilisierten Kaninchen, Hunden, Ratten und Meerschweinchen experimentell geprüft, und zwar nach Milzexstirpation, nach intravenöser Injektion von Tusche und Trypanblaulösung und nach örtlicher intravenöser bzw. subkutaner Speicherung von Trypanblau. Es ergab sich dabei, daß die lokale anaphylaktische Entzündung bei entmilzten Tieren quantitativ und qualitativ gleich der bei normalen Kontrolltieren ist. Im Gegensatz zum allgemeinen Schock hat demnach die Milz keine Bedeutung bei dem Zustandekommen der lokalen anaphylaktischen Entzündung. Auch durch große Mengen intravenös zugeführter Tusche ließ sich der Ausfall des *Arthus*'schen Phänomens nicht verhindern. Dagegen hob die intravenöse Trypanblauinjektion das Phänomen bei einem Teil der Versuchstiere auf, wenn der Farbstoff 48 Stunden bis unmittelbar vor der Sensibilisierung gegeben wurde. Bei Milzexstirpation und gleichzeitiger intravenöser Trypanblauspeicherung trat keine Erhöhung der anaphylaxiebehindernden Wirkung auf. Die lokale Speicherung von Trypanblau schützte im gespeicherten Gebiet stets vor der anaphylaktischen Entzündung. Dabei blieb die Anaphylaxie des übrigen, nicht lokal gespeicherten Hautabschnittes bestehen. Danach gibt es eine Gewebsanaphylaxie. Die Gründe für die gegensätzliche biologische Wirkung von Tusche und Trypanblau sind noch nicht eindeutig zu erkennen.

Memmesheimer-Bonn.

Luigi Califano: **Untersuchungen über die Speicherung im retikuloendothelialen System mit kolloidalem Wismut.** Krankheitsforschung. 1928. Bd. 6. S. 77.

Bei Mäusen und Ratten wurde kolloidales Wismut in die Schwanzvene eingespritzt und dann mittels der Methode von *Christeller* und *Komaja* im Körper nachgewiesen. Es zeigte sich, daß kolloidales Wismut sich im retikulo-endothelialen Apparat festsetzt, die parenchymatösen Zellen aber frei bleiben. Bezüglich der Topographie und der Lokalisation der Zellen bestehen bei der Speicherung von Wismut und von vitalen Farbstoffen Unterschiede. Es ist möglich, Trypanblau und Wismut in ein und derselben Zelle des Retikuloendothels nachzuweisen. Trotzdem bleibt die Möglichkeit einer vollkommenen Blockade mit einer einzigen Substanz wie z. B. Wismut bei anderer, geänderter Körperkonstitution bestehen.

Memmesheimer-Bonn.

Josef Schumacher: **Zur Chemie der Zellfärbung.** IV. Mitteilung: **Über das Verhalten künstlich nukleinsäurefrei gemachter Hefezellen nach ihrer Behandlung mit freier Hefenukleinsäure.** D. W. 1928. Nr. 3 und 4.

Es gelingt, die in den Zellen vorkommenden Nukleoproteide auf hydrolytischem Wege zu spalten und nach Wiedereinführung der Nukleinsäure die Kernsubstanzen wieder mit basischen Farben zu färben. Künstlich nukleinsäurefrei gemachte Hefezellen färben sich nicht mehr mit

Digitized by Google

Methylgrün, Methylenblau und Pyronin, da in ihnen kein nukleinsaures Farbsalz entstehen kann. Die Zellfärbung mit basischen Farbstoffen beruht demnach auf dem Gehalt der Zellen an Nukleinsäure. Letztere wurde nachgewiesen einerseits durch den Phosphorsäuregehalt, andererseits dadurch, daß nach Behandlung mit Mineralsäure sämtliche Nukleinsäurebruchstücke in der Hydrolysenflüssigkeit nachweisbar waren. Die chemische Zusammensetzung eines Zellinhaltsstoffes kann aus einer positiven Methylgrün- oder Methylenblaufärbung nicht erkannt werden, da sich auch Albumosen, Globuline und andere saure Eiweißstoffe mit diesen Farben färben. Das Fehlen der Nukleinsäure in den Zellen wird jedoch durch eine negative Färbung bewiesen. *Schreyer*-Berlin.

Josef Schumacher: **Zur Chemie der Zellfärbung. V. Mitteilung: Über das färberische Verhalten von nukleinsäurefreien und nukleinsäurehaltigen Zellen.** D. W. 1928. Nr. 6.

Es wird das Verhalten des Zellgemisches bei der Färbung mit einfachen und zusammengesetzten Farblösungen und bei getrennter Behandhandlung mit verschiedenen Farbstofflösungen eingehend geschildert. Anschließend wird das Verhalten nukleinsäurefreier und normaler (nukleinsäurehaltiger) Hefezellen, die Unterscheidung zwischen normalen nukleinsäurehaltigen und wieder künstlich nukleinsäurehaltig gemachten Hefezellen besprochen und die Technik angegeben. Durch Vergleich des Verhaltens der verschiedenen Zellen bei der Färbung mit sauren und basischen Farbstoffen konnten gewisse Rückschlüsse auf ihre chemische Zusammensetzung gezogen werden. Als Beispiel einer normalen unvorbehandelten, von Natur aus nukleinsäurefreien Zelle ist die Spiroch. pall. anzusehen. *Schreyer*-Berlin.

A. Dietrich und *M. Nordmann:* **Infektion und Kreislauf nach mikroskopischen Beobachtungen am lebenden Säugetier.** Krankheitsforschung 1928. Bd. 6. S. 217.

Es handelt sich um Versuche an der Duodenalschlinge des Kaninchens, die mikroskopisch mit einem beweglichen Mikroskoptubus mit Prismendoppelokular vorgenommen wurden. Eine Berieselung mit Kulturaufschwemmung von Kolibazillen rief innerhalb der ersten halben Stunde einen Zustand der Strombahn hervor, der sich nach anfänglicher Verengerung in einer Erweiterung mit Stromverlangsamung, Auswanderung von Leukozyten aus den Venen, vereinzelt auch in Diapedeseblutungen und Stase äußerte. Um den Tonus des Gefäßsystems zu bestimmen, wurde Adrenalin in einer Verdünnung von 1 : 10000 angewandt. Bei gesunden Kaninchen ergab die Adrenalinprobe verzögerte, herabgesetzte und verkürzte Konstriktorenerregbarkeit. Nach intravenöser Vorbehandlung mit Kolivakzinen und lebenden Kolibazillen ließ sich etwa 7—10 Tage nach der letzten Einspritzung bei voll sensibilisierten Tieren eine veränderte Adrenalinreaktion am Mesenterium zeigen. Die Koliinfektion am vorbehandelten Tier ging meist mit sofortiger Erweiterung und Stromverlangsamung einher, die Stase blieb in der Regel aus, die Leukozytenauswanderung war nicht verstärkt. Die Sensibilisierung äußerte sich in einer Herabsetzung der Konstriktorenerregbarkeit, die sich aber gegenüber einer erneuten Koliinfektion nicht mehr wesentlich änderte.

Memmesheimer-Bonn.

Digitized by Google

Bertaccini Giuseppe: **Untersuchungen über das Säure-Basengleichgewicht und die Alkalireserve im Blute bei einigen Hautkrankheiten.** Giorn. ital. di Dermatol. 1928. Bd. 69. H. 1. S. 3.

Bertaccini stellte seine Versuche bei 32 Hautkranken und zur Kontrolle an 6 Gesunden an. Zur Bestimmung der Alkalireserve gebrauchte er den Apparat und die Methode von *Van Slyke*, zur Feststellung der pH. im Serum die kolorimetrische Methode von *Michaelis*.

Während er, wie andere Autoren, in der pH. des Blutes nur ganz leichte Schwankungen fand, welche innerhalb der Fehlergrenzen der Methode lagen, stellte er bemerkenswerte Variationen in der Alkalireserve fest, welche bei 22 Ekzemkranken in verschiedenen Stadien und Formen dieser Krankheit sich als viel niedriger erwies als in der Norm (leichte oder mäßige Azidose); etwas höhere, aber immer niedriger als in der Norm, war sie bei drei Fällen von Psoriasis, so gut wie normal bei sieben anderen Hautfällen. Außer anderen Ursachen, welche die R.-A. beeinflussen können, ist auch nach den Untersuchungen des Verfassers das Alter von Bedeutung: bei Jüngeren hat man niedrigere, bei Älteren höhere Werte. *B.* beobachtete interessante Beziehungen zwischen R.-A. und Glykämie und Glykosurie: Senkung der R.-A. mit Erhöhung der Glykämie und Verschwinden der Glykosurie, bei einem Diabetiker, und vice versa, durch diätetische Behandlung. Die Insulinbehandlung führt zum schnellen Schwinden der Glykämiezahl; aber die R.-A. erfährt eine Erhöhung und erreicht immer 3—4 Tage nach einer Injektion einen höheren Wert als vorher, wenigstens für eine Zahl von Tagen.

Ähnliche, aber weniger ausgesprochene Resultate erhielt *B.* mit der intravenösen Injektion von Kalkchlorür und Natriumhyposulfit und der intramuskulären Injektion von Milch. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

L. M. Pautrier und *A. Diss:* **Beitrag zum Studium des Histophysiologie der Haut. Epidermoidaler-cutaner Stoffwechsel und Hämorosiderin.** Ann. de derm. et de Syph. 1927. Nr. 7. S. 393.

Im Anschluß an die früheren Arbeiten von *Masson* sowie *Faufrier* (und *G. Levy*), welche die Versilberung des Melanins und die Fettfärbung des Cholesterins bei Xanthomen zur Grundlage hatten, hat *Pautrier* nunmehr an einem Fall von Schambergscher Krankheit die Verhältnisse des Eisenstoffwechsels mit der Berliner Blau-Reaktion studiert und in gleicher Weise ein Netzwerk von Langerhansschen Zellen nachgewiesen, in denen nach seiner Ansicht der Transport auch des Eisens von statten geht.

Zurhelle-Bonn.

D. Adlersberg und *A. Perutz:* **Zur Frage der Beeinflussung der Regenerationsfähigkeit der Haut durch lokale Insulinapplikation.** D. W. 1927. Nr. 34.

Insulin Wellcome auf torpide Geschwüre lokal appliziert, übt einen regenerationsfördernden Einfluß aus. Geschwüre, Erosionen der Portio und schlecht heilende Ulzerationen der Scheide epithelisieren sich rasch und bedecken sich mit leicht blutenden und reichlich sezernierenden Granulationen. Verschorfung oder Nekrose wurde nicht wahrgenommen, vorausgesetzt, daß kein stark saures und mit ätzenden Desinfizientien versetztes Insulin verwendet wird. *Schreyer*-Berlin.

Digitized by Google

M. A. Sloimovici und *Erl. Alice Ullmo:* **Der diagnostische Wert des Trichophytins.** Ann. de Derm. et de Syph. 1928. Nr. 10. S. 554.

Die Trichophytinreaktion ist spezifisch, bei oberflächlicher Trichophytie inkonstant, bei tiefer konstant vorhanden. Bei Lungentuberkulose allein ist sie niemals positiv, bei Lupus fand sie sich einmal positiv.

Zurhelle-Bonn.

A. Pasini: **Nachweis des Broms in den Krankheitsprodukten des menschlichen Bromoderms und Betrachtungen über dessen Pathogenese.** Giorn. ital. die Dermat. 1927. Bd. 68. H. 6. S. 1616.

Mitteilung eines Falles von Bromoderma vegetans bei einem 28jährigen Manne, welcher seit etwa einem Jahre Brompräparate einnimmt. Chemischer Nachweis des Broms in den Krankheitsprodukten nach Zerstörung der organischen Substanz. Faßt man folgende Tatsachen: Den Nachweis des Broms in den klinischen Krankheitsveränderungen, eine besondere Sensibilität und Reaktivität gegen Brom bei Kranken mit Bromoderm, die durch Kutisreaktionen sichergestellt ist, und ferner das positive chemotaktische Verhalten des Broms zur Haut zusammen und sucht sich auf Grund der modernen Anschauungen pathogenetisch das Zustandekommen des Bromoderms zu erklären, so ist die entzündliche Hautreaktion des Bromoderms teils als die Resultante einer spezifischen Sensibilisierung, teils als die Folge einer aspezifischen protoelytischen aufzufassen. Letztere kommt zustande durch eine Vermehrung der nicht spezifischen proteolytischen Fermente, resp. Produktion von Eiweißgiften, welche direkt durch die Wirkung des Halogens entstehen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

W. Engelhardt: **Über eigentümliche Zellbefunde im Hautblaseninhalt bei Pemphigus vulgaris und Dermatitis herpetiformis Duhring.** Krankheitsforschung. 1928. Bd. 6. S. 41.

Verf. beobachtete bei einem pemphigusartigen Krankheitsbild in jüngeren und jüngsten Blasen große Mengen von eigentümlichen Körperchen in den Leukozyten, die Ähnlichkeit mit gewissen Hefeformen zeigten. Weitere Untersuchungen am Blasenausstrich von 10 Pemphigus- und 6 Dermatitis herpetiformis Duhringfällen und einem Fall von Epidermolysis bullosa zeigten 5mal diese eigentümlichen Körperchen, bei denen es sich nicht um Kernzerfallprodukte handelt, sondern um Zerfallsprodukte von Leukozytenkernen. Es ist anzunehmen, daß überall da, wo sich die beschriebenen Gebilde bei akut auftretenden Hauterscheinungen vorfinden, eine stark toxische Noxe auf die Leukozyten eingewirkt hat.

Memmesheimer-Bonn.

Stolze: **Die parasitäre Krebstheorie im Lichte klinischer Beurteilung.** M. K. 1928, 9.

Verf. lehnt den „ubiquitären" Krebserreger ab, wie er noch zuletzt auf Grund der *Rous*schen Annahme propagiert wurde, auch als Abwehrreaktion ist er nicht zu bewerten, da diese Abwehr nie zur Heilung führt. „Das spontan geheilte Karzinom existiert nicht" (*Strauß*). Berufskrebse (Anilin, Teer, Röntgen usw.) haben ihren Grund im wirksamen chemischen bzw. physikalischen Faktor, ohne daß man zur gezwungenen Annahme eines Erregers zu kommen braucht. Mehr Licht ist zu erhoffen von einer Bewertung endogener Momente wie Art-, Organ-, Familiendisposition.

Digitized by Google

Kultur-, Domestikations- und Vererbungseinflüsse müssen mehr herangezogen werden. Vielleicht sprechen auch Ernährungs-, Vitamineinflüsse mit. Die Krebsforschung muß sich „näher auf das menschliche Blastom verlegen". Auch müsse mehr Gewicht auf die Aufstellung der präkanzerösen Zustände gelegt werden. Alle diese Wege bieten mehr Aussicht dem Krebsrätsel näherzukommen, als es der bisherige, fast nur auf den hypothetischen Krebserreger gerichtete Weg vermag. Die Arbeit ist mehr ein Sammelreferat, als daß sie wesentliche neue eigene Erkenntnisse brächte.

Siegfried-Aachen.

Mertens: **Hat das Alter wirklich mit der Entstehung der bösartigen Geschwülste ursächlich etwas zu tun?** M. K. 1927. 52.

Nicht das Alter als solches, da sich unschwer nachweisen läßt, daß alle Lebensalter, nicht zum mindesten das des Säuglings, befallen sein kann. Es handelt sich um eine Störung, die jedes Gewebe bösartig werden lassen kann. Daß diese ursächliche Störung im Alter häufiger vorkommt als in früheren Lebensjahren ist zuzugeben, mehr aber auch nicht. Durch das Dogma: Senilitätkarzinom wird nur zu oft ein maligner Tumor früherer Lebensstufen sehr zu deren Nachteil übersehen. Davor aber zu warnen, ist Zweck der Veröffentlichung. *Siegfried*-Aachen.

Umfrage: **Trauma und bösartige Geschwulstbildung.** Beiträge von *Blumenthal, Schmieden, Teutschlaender.* M. K. 1928. 7.

Dinge, die bei Rentenansprüchen auf Grund der bestehenden sozialen Gesetzgebung oft zur Diskussion stehen. Im allgemeinen ist ein Zusammenhang abzuweisen, es sei denn, daß die Beschwerden von der Gewalteinwirkung an bis zur Geschwulstbildung nicht wieder völlig zurückgehen, also wenn „Brückensymptome" bestehen bleiben, in welchem Falle ein längerer Zeitzwischenraum zwischen beiden Ereignissen für etwaigen kausalen Zusammenhang allenfalls sprechen könnte. Wohl aber ist Verschlimmerung eines sich schon entwickelnden Tumors mit provozierter Metastasenbildung natürlich leicht möglich. Näheres ist in den sieben langen Seiten, die auch Kasuistiken bringen, von Interessenten nachzulesen. *Siegfried*-Aachen.

Manganotti Gilberto: **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Schweißdrüsen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1928. Bd. 69. H. 2. S. 212.

Prüfungen der Schweißdrüsen an 113 Individuen mit verschiedenen krankhaften Zuständen. Die Veränderungen können sich am Epithel und am Bindegewebe abspielen.

Am *Epithel* finden sich Veränderungen vom *degenerativen* und *ektatischen* Typus: solche vom degenerativen Typus haben einen akuten Charakter und finden sich vor allem bei akuten Krankheiten oder solchen mit akutem Endstadium. Bei diesen Formen findet man auch häufig Ektasien mit wohlerhaltenen und aktiv funktionierenden Zellen (*Ektasien durch Überfunktion*); andere Male erscheinen die Schweißdrüsen an Volumen vermehrt, aber mit degeneriertem Epithel (*Ektasien mit Degeneration*); diese Erscheinungen finden sich auch bei Drüsen, bei denen das Bindegewebe in verschiedener Weise verändert ist. Ektasien vom zystischen Typus mit abgeplatteten, weniger funktionierenden Epithel findet man dagegen in senilen Drüsen (*Ektasien oder senile Zysten*); sie sind schwerer zu erklären.

Digitized by Google

Die Modifikationen des *Bindegewebes* können eine gemeinsame mesenchymale Reaktion zeigen, welche häufig als Begleiterscheinung epithelialer Veränderungen auftritt und wie bei anderen Organen durch die verschiedenen Phasen des entzündlichen Prozesses schließlich in eine Sklerose ausläuft. Die Ursachen dieser Veränderungen findet man entweder in der Wirkung von Schädigungen, welche primär auf das Mesenchym wirken, oder in solchen, welche gleichzeitig das Epithel angreifen, oder in der Wirkung von Zerstörungsprodukten der letzteren (eine Wirkung, welche mechanisch durch die Spannung der ektatisch gewordenen Drüsentubuli verstärkt wirkt), oder als Folge vaskulärer Veränderungen.

Im allgemeinen kommen Zeichen mit demselben Gepräge, wie bei subakuten und chronischen Krankheiten auch bei Erwachsenen und besonders bei alten Leuten vor, ohne Beziehung zu besonderen Krankheiten. Bei Nierenkrankheiten können solche bindegewebigen Veränderungen ohne jeden Parallelismus mit der Dauer, Schwere und dem Typus der Nierenerkrankung vorkommen.

Manchmal treten Veränderungen an dem die Drüsen umgebenden elastischen Gewebe auf, eine Mehrbildung des elastischen Gewebes, welche an bestimmte Krankheiten nicht gebunden ist; sie verläuft unabhängig von den anderen Bindegewebsveränderungen und den Variationen des elastischen Gewebes. Diese Hyperelastie ist eine Folge der chemisch-physikalischen Umgebung der Drüsen und geht auf verschiedene Ursachen zurück; sie hängt offenbar mit Störungen der Bindegewebsfasern und der Netzfasern der Membrana propria der Tubeli zusammen.

Die *Achseldrüsen* reagieren offenbar weniger lebhaft und langsamer als die renalen Ausführungsgänge auf die krankhaften Zustände. Sie reagieren auch in einer gewissen uniformen Weise auf die verschiedenen Schädigungen (infektiöse Krankheiten, Neoplasmen, Vergiftungen durch Schwermetalle). Sie können sich auch konstant bei den infektiösen und akuten toxischen Formen, mit akuten Erscheinungen am Epithel ändern. Mit Veränderungen chronischer Natur reagieren sie unabhängig von den anderen Organen.

Die Hautausscheidung erfolgt also den Krankheiten gegenüber mit bemerkenswerter Autonomie; sie wird bei den chronischen Formen durch verschiedene Faktoren, Konstitution, Alter, Zustand der Gefäße beeinflußt; diese Faktoren können alle Veränderungen schaffen, welche teils in Parallele stehen zu denen der anderen Organe, teils anscheinend primär auftreten. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Tonijan: **Zur Frage der Zusammensetzung des Schweißes bei Pruritus cutaneus.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 2.

Verf. fand, daß bei Kranken mit Hautjucken eine stärkere Ansammlung toxischer Stoffe im Schweiße statthat, die sich aus der Produktion des Stoffwechsels bilden. Die Zunahme des Chlornatriums und noch mehr des Harnstoffs und der Harnsäure wirkt reizend auf die Nervenendigungen in der Haut und ruft daher einen starken Juckreiz hervor. Aus diesem Grund muß bei Pruritus cutaneus einerseits die Anwendung harntreibender Mittel, andererseits die Verminderung der Zufuhr von Chlornatrium und Fleisch empfohlen werden. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Toomey: **Dressed kid-skin moulages: a new technique for the coloured portrayal of skin-lesions. (Moulagen aus hergerichteter Ziegenhaut: ein neues Verfahren zur Herstellung kolorierter Abbildungen von Hautläsionen.)** The Br. j. o. D. a. S. 1928. 5.

Dies neue Verfahren, das bei einigem guten Willen auch von nicht künstlerisch veranlagten Ärzten erlernbar sein soll, hat vor dem Wachsverfahren den Vorteil der Billigkeit. Die Fellmoulagen können weiter nicht abbröckeln, nicht schmelzen. Man kann sie sogar leicht rollen und bei ihrer Leichtigkeit so in größeren Mengen bei Bedarf leichter transportieren. Überdies ermöglichen die natürlichen Hautporen der Felle oder ihre natürlichen Falten, an rechter Stelle angebracht, täuschende Nachbildung der menschlichen Haut bis zu den feinsten Feinheiten. Das Verfahren ist in kurzen Zügen dies: Man drückt in das Gypsnegativ das nasse heiße Leder, beschwert dann den darüberliegenden Hohlraum, den man mit einer Stoffmasse ausfüllt, so lange, bis alles ausgiebig trocknete. Zur Konsistenzerhöhung kann man auch mehrere Lederlagen nehmen, die man übereinander verleimt. Dann aber kann man auch noch ein Negativ aus dünnen Bleiplatten (1 mm dick) und ähnlichem Material machen, indem man in deren Hohlseite mit Hilfe von Hohlstäben die Hauptunebenheiten einpunzt. Übertragen lassen sich diese ja leicht mit Hilfe eines durchsichtigen Stoffes, durch den man die darzustellenden Konturen z. B. Papeln zeichnete. Über die positive Seite der im Hohlraum auszufüllenden Platte wird dann die heiße Haut gespannt. Auf diese Art erspart man sich dann die unangenehmen Gypsabdrücke. Weiter ist dann die Maltechnik angegeben. Für diese Methoden eignen sich eigentlich nur gerade Hautflächen und solche, die nur leicht gebogen sind. Körperliche Teile, wie Hand, Ohr, Mund sind natürlich so nicht darstellbar. *Siegfried*-Aachen.

C. White and *F. D. Weidmann:* **Pseudo-epitheliomatous Hyperplasia at the margins of cutaneous ulcers. (Pseudoepithliomatöse Hyperplasie an Rändern chronischer Hautulzerationen.)** Philadelphia, Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 25.

An Hand von 8 klinischen Fällen versucht Verf. die Hauptunterschiede zwischen gutartigen Hyperplasien am Rande chronischer Ulcerationen und beginnenden epitheliomatösen Prozessen darzulegen. Es wird darauf hingewiesen, wie schwierig gerade für den Pathologen die Frage zu entscheiden ist. Oft ist es sogar eine Unmöglichkeit. Die Diagnose „Hautkarzinom" ist nur dann zu stellen, wenn eine Epithelzellenwucherung bis zur Höhe der Schweißdrüsen oder noch tiefer im histologischen Bilde gefunden wird. *Röntz*-Bonn.

Georg Schallinger: **Über eine geschwulstähnliche Bildung der Elastiken.** D. W. 1927. Nr. 44.

Es wird über ein in die Gruppe der Pseudoxanthome oder Elastome gehörendes Krankheitsbild berichtet, bei dem sich in narbig-atrophischen Hautpartien tumorähnliche Wucherungen fanden. Klinisch ähnelten die ockergelben umschriebenen Knoten xanthomatösen Bildungen, histologisch erwiesen sie sich als Anhäufung des teilweise degenerierten elastischen Gewebes auf Grund eines nicht näher definierbaren Entzündungsprozesses. Eine Erklärung der Pathogenese der Veränderungen konnte nicht gegeben werden. *Schreyer*-Berlin.

Digitized by Google

F. Schmidt-Labaume: **Wesen und Möglichkeiten der Dermoelastometrie.** D. W. 1927. Nr. 36.

Verf. gibt zunächst einen Überblick über die verschiedenen Maßtechniken, die bisher bei Messung und Beurteilung elastischer Zustandsbilder an lebenden Körpergeweben angewandt wurden. Das Schadesche Elastometer muß nach zahlreichen Messungen als das geeignetste für die Dermatologie erkannt worden. Trotz zahlreicher Fehlerquellen besteht eine große Gesetzmäßigkeit der erzielten Resultate. An lebender Haut wurde als Normgrenze ein El.-Verlust von 10 %, an Leichenhaut von 50 % gefunden. An überlebender, in NaCl-Lösung aufbewahrter Haut, zeigten sich nach 3 und nach 56 Stunden große El.-Verluste. Die Wirkung von kalten und warmen Bädern und die Kontrolle der Arzneimedikation sind ein geeignetes Gebiet zur Beurteilung bisher nicht meßbarer Vorgänge in der Haut. Wie weit die Dermoelastometrie zur Diagnosensstellung verwertet werden kann, müssen weitere Versuche ergeben. *Schreyer*-Berlin.

Dermatologie.

Allgemeine Symptomatologie, Kasuistik.

Neuda: **Der weiche Gaumen (W. G.), ein Träger von Krankheitszeichen.** M. K. 1928, 18.

Dort, wo harter und weicher Gaumen zusammenstoßen und über die Teile des w. G. abwärts davon, zeigt die Schleimhaut bei Krankheitszuständen ausschließlich des Darmschlauches sich gleichsinnig mitergriffen. Diese Zeichen setzen sich scharf ab gegen den harten Gaumen. Demnach glaubt Verf., daß die noch immer gesuchte Grenze zwischen Ekto- und Entoderm am Munddach eben die Grenze zwischen hartem und weichem Gaumen ist.

Weiter folgt, daß Organe gleicher Herkunft (hier entodermaler) in einschlägigen Krankheitszuständen elektiv zusammen betroffen werden. Vielleicht wird diese Erkenntnis weiteres Licht bringen in allgemeine Krankheitszusammenhänge. Den Syphilidologen interessiert hier natürlich besonders der luetische Gaumenindikator. Ist der weiche Gaumen mit reichem Fettlager versehen, was ihm eine gelbliche Färbung gibt, so ist an Lipaemie zu denken bzw. Lues. Da bei toxischen Schädigungen parenchymatöser Organe neben hypertrophischen auch atrophische Prozesse zugleich sich abspielen, so sind hochgerötete Partien am weichen Gaumen, die sich gegen blasse Umgebung abheben als luesverdächtig anzusprechen, und zwar soll diese Rötung bei acquirirter Lues grobfleckig sein, dagegen bei hereditärer Lues kleinfleckig. Bei der acquirierten sind die blassen gefäßleeren Räume groß, daher auch die Abstände zwischen den geröteten Teilen groß, bei der hereditären aber sollen die blassen Partien klein sein zwischen den zahlreich geröteten, so daß das Ganze mehr marmoriert erscheint. Den Grund in diesem verschiedenartigen Verhalten sieht Verf. im zeitlichen Abstande von der Infektion: Nach kurz zurückliegender Ansteckung sollen die Zerstörungsprozesse überwiegen, während bei längerer Dauer die restituierenden Kräfte schon mehr am Werke sind, daher im letzteren Falle das Überwiegen der roten Stellen. Dazu Demonstration von 15 Gaumenbildern, die auch noch andere Leiden wie Cholelithiasis,

Digitized by Google

Leberparenchymschädigungen, Anaemie und Fettarmut, Reizungszustände im Duodenum (Ulcus) usw. angeblich erkennen ließen. Natürlich wird es hier noch streng kritischer Nachprüfung bedürfen.

Siegfried-Aachen.

I. C. Sutton: **Acute Dermatitis from the wearing of „horn-rim„ spectacles. (Akute Dermatitis nach Tragen von „Horn"-Brillen.)** Hollywood. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr, 13.

Verf. erwähnt einen Fall von akuter Dermatitis, aufgetreten nach $1^1/_2$-stündigem Tragen einer Zelluloidbrille. Zuerst stellte sich starkes Brennen ein, später folgte eine ödematöse Entzündung der Augenlider. Nach Reinigung des Brillengestells mit Wasser und Seife, Auflegen desselben auf die Vorderarme (20 Minuten lang). Drei Stunden später der gleiche Zustand wie an den Augenlidern. Auch eine Reinigung der Brille mit Aceton zur Entfernung des Lackes zeigte keine Änderung. Nach feuchten Umschlägen prompte Abheilung. *Röntz*-Bonn.

Arthur M. Greenwood M. D., Boston: **Über die Beobachtung der Haut an *500* Fällen von Diabetes.** Journ. of the Americ. Med. Assoc. Sept. 1927.

Verf. betont:

1. Ein Diabetiker neigt eher zu Hautinfektionen als andere;
2. er neigt mehr zu Hautkrankheiten;
3. er zeigt ungefähr in gleicher Weise Veranlagung zu Pilzerkrankungen, die aber in dem Moment auftreten, in dem sie als Ausgangspunkt für verschlimmernde Bedingungen bei Diabetes unter Umständen gefährlich werden;
4. Diabetiker haben gewöhnlich keine trockene Haut, doch ist dies einmal der Fall, so ist sie einer Infektion doppelt so zugänglich als die normale Haut;
5. Vornehmlich scheint Pruritus bei Diabetikern angetroffen zu werden. Frauen neigen mehr zu lokalen wie Allgemeinstörungen als Männer;
6. Möglicherweise ist die Hyperglykaemie ein Faktor für die Ätiologie bestimmter Hautkrankheiten.

Schließlich ist man nach Ansicht des Verf. offensichtlich berechtigt, einen Diabetiker auf seine besondere Neigung zu Hautkrankheiten — speziell bei trockener Haut — aufmerksam zu machen, und ihm Beachtung seiner Füße nahezulegen, die häufig von Pilzinfektion heimgesucht werden.

Auerbach-Bonn.

F. J. Vokoun: **Linsed oil dermatitis (Leinöldermatitis) Cleveland.** Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 1.

Außer zahlreichen leichteren Fällen wurden vom Verf. in den Farbwerken der Sherwin Williams Company in Cleveland 3 schwere Fälle von Leinöldermatitis beobachtet. Befallen waren in der Regel nur diejenigen Stellen, die mit Öl in Berührung kamen. Es handelte sich meist um ein nässendes, zum Teil mehr krustöses Ekzem, dessen Juckreiz besonders nach dem Waschen und nach dem Schlafengehen hervortrat. Differentialdiagnostisch kommt Skabies in Frage. Therapie: Schwefelsalbe und Waschungen mit Galmeilösungen. Aussetzen mit der Arbeit beschleunigt den Heilungsprozeß. Das aus indischem bzw. südamerikanischem Leinsamen bereitete Öl zeigte eine stärkere Reizung als das aus nordamerikanischem hergestellte. *Röntz*-Bonn.

Digitized by Google

Ch. Du Bois: **Pigmentierte Dermatitis in Form herabgelaufener Tropfen nach Applikation von Kölnischem Wasser.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 10. S. 539. 1927.

Verf. bringt Krankengeschichte und gute Abbildungen einer Kölnisch-Wasser-Pigmentierung, die als solche erst nach persönlicher Rücksprache mit *E. Hoffmann* richtig gedeutet worden war. *Zurhelle*-Bonn.

A. Wassermann, S. Wolter und *D. Hodorow*: **Zur Klinik der durch Kleister hervorgerufenen professionellen Dermatosen.** Wratschebusje Delo. 1927. Nr. 21.

Die Untersuchung einer Reihe von Fabrikarbeitern in Odessa, welche es zu tun haben mit dem Aufkleben von Etiketten mittels Kleister, ergab folgende Veränderungen der Haut an den Händen, besonders der rechten: Röte, Excoriationen, Rhagaden und Vertiefung der normalen Hautfurchen auf der Rückenpartie der Hände, weniger starke Röte, aber stärkere Jefiltration und tiefere Furchen auf der vorderen Partie (siehe meine Arbeit in dieser Zeitschr. Bd. 51. Nr. 1. Anm. des Ref.). *A. Jordan.*

Selissky: **Professionelle Dermatosen durch Tartarus stibiatus bei Tucharbeitern.** Borskij Westoik Dermatologii. 1927. Bd. 5 Nr. 9.

Eiterige Dermatitiden bei Tucharbeitern mußten auf Brechweinsteinsäure zurückgeführt werden, da bei Neutralisierung der letzteren durch Kreide diese Dermatosen so gut wie aufhörten bei den Arbeitern.

A. Jordan.

Beirack, Klebanow und *S. Schwarz*: **Hautkrankheiten unter den Arbeitern und Angestellten der chemischen Jndustrie.** Prophylaktitscherskaja Medicina. 1927. Nr. 11.

Die Untersuchung von 2400 Arbeitern und sonstigen Angestellten auf chemischen Fabriken ergab, daß 28,2 % derselben an Hautkrankheiten, welche in Abhängigkeit mit dem Beruf gebracht werden können wie Impetigo vulg., Furunculosis, Folliculitis, Acne vulg. und Eczem-Leiden, Im. Spez. litten:

	von den Arbeitern	von den Hilfsarbeitern	vom administrativen Personal
an Impetigo vulgaris . .	5,3 %	2,9 %	1,4 %
an Furunculosis	5,0 %	2,3 %	1,9 %
an Folliculitis	9,1 %	4,1 %	7,7 %
an Acne vulg.	3,6 %	3,7 %	8,2 %
an Ekzem	5,2 %	6,9 %	13,0 %
Insgesamt	28,2 %	19,9 %	32,2 %

Die hohe Erkrankungsziffer des administrativen Personals erklären die Autoren durch die geschwächte Gesundheit derselben, Blutarmut usw.

Das Alter der Arbeiter und Angestellten spielte eine große Rolle, da von den Erkrankten im Alter von 17—30 Jahren 36,2 %, in höherem Alter durchschnittlich 25,4 % standen. Die Männer erkrankten öfter als die Frauen an den genannten Krankheiten. *A. Jordan.*

Galewsky: **Über Novokaindermatitiden bei der Anwendung von Novokain-Augenwasser.** D. W. 1927. Nr. 35.

Digitized by Google

Verf. benutzte als Heufieberkranker Novokainaugenwasser und zog sich nach viertägiger Behandlung ein starkes Gesichtsekzem zu. Nach einer erneuten gleichen Anwendung trat nach 2 Stunden erysipeloidähnliche Dermatitis und ein drittes Mal eine starke entzündliche Schwellung der Nase auf. Ob die Ursache für diese Sensibilisierung gegen Novokain in einer durchgemachten Pneumonie zu suchen ist, kann nicht mit Sicherheit behauptet werden. *Schreyer*-Berlin.

Serper: **Ein Fall von Gangrän der Glutäalgegend nach intramuskulärer Injektion einer Xeroformemulsion.** Wratschebvoja Gaseta 1927. Nr. 17.

Wie in den von Freudenthal veröffentlichten Fällen von Gangränbildung nach Wismutinjektionen kam es auch in einem, vom Verf. behandelten Fall nach Injektion von 10 % Xeroformemulsion zu einer Gangrän der Glutäalgegend, welche den Kranken für einen Monat arbeitsunfähig machte. *A. Jordan.*

Scomazzoni Tullio: **Fixes „Luminal" Exanthem.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. S. 1226.

Scomazzoni beschreibt einen Fall von fixem Luminalexanthem, welches bei einem 50jährigen Manne nach der wiederholten Einnahme von 0,1 g des Medikamentes auftrat. Die pharmakodynamischen Prüfungen ermöglichten nicht eine lokale vegetative Gleichgewichtsstörung lokal an den Krankheitsherden festzustellen, ergaben aber den allgemeinen Zustand einer Vagotonie. Da die Kutis- und Intradermoreaktionen mit Derivaten der Barbitursäure immer negativ ausfielen, konnte die chemische Substanz als solche nicht als Allergen wirken; aber das Wiederauftreten der Herde des Exanthems nach der oralen Luminaldarreichung ließen annehmen, daß dieses Medikament nach einer Umbildung von Seiten des Magens, des Darms oder der Leber allergische Erscheinungen hervorrufen kann. Die Allergie ist streng spezifisch für da Luminal und ist nicht auf den Barbiturring zu beziehen, denn die Einnahme von Veronal gibt zu keinen allergischen Erscheinungen Anlaß. Die allergische Natur des Exanthems ging auch aus einer deutlichen Eosinophilie und aus dem positiven Ausfall der hämoklasischen Krise nach Luminaldarreichung hervor.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

F. M. Peter (Moengo): **Ausgebreitetes urtikarielles Exanthem nach gehäuften Yatren-105-Gaben.** D. W. Bd. 84. Nr. 18. 1927.

Ein Javaner, der an einer Amöbenruhr litt, hatte von sich aus in 20 Stunden 24 Pillen zu 0.25 g Yatren-105, also 6 g. eingenommen. Zunächst kam es zu Diarrhoen, dann stellte sich Obstipation ein. Etwa 50 Stunden nach Beginn der Kur trat eine über den ganzen Körper ausgebreitete, stark juckende Urticaria auf. Ebenfalls waren im Urin Urobilinogen stark positiv. Nach vier Tagen klangen die Erscheinungen wieder zur Norm ab. Erneute Verabfolgung von Yatren-105 zeigte eine gute Verträglichkeit desselben in normalen Dosen von 3 g pro die. Die Maximaldosis wird von *Mühlens* mit 9 g pro die angegeben. Diese Dosis hat der Kranke noch nicht genommen, also eine Überdosierung ist nicht vorhanden gewesen. Es hat sich wohl nur um eine vorübergehende Unverträglichkeit gehandelt. Empfohlen wird das Yatren-105 in den Tropen möglichst nur in Pulverform aufzuheben und zu verabfolgen, weil die Pillen leicht aneinanderkleben und dadurch vielleicht verderben können. *Krüger*-Sagan.

Digitized by Google

Pappenheimer: **Idiosynkrasie gegen Zink.** M. K. 1927, 23.

Verf. träufelte einer Augenkranken Sol. Zinci sulfurici 0,1 : 10,0 2mal täglich 2 Tropfen in Augenbindehaut ein. Tags darauf nochmals. Am 3. Tage hohes Fieber, Kopfschmerzen, beide Augen sehr stark ödematös geschwollen. Ödem nahm in nächsten Tagen noch weiter zu und daneben großblasige Urticaria. Irrtum bezüglich etwaiger Ätzwirkung ausgeschlossen, da anderer ebenso am gleichen Tage behandelter Kranker nichts Absonderliches aufwies; auch anderweitige innere Medikamente scheiden aus. Zinkidiosynkrasie sonst bislang noch nicht beschrieben.

Siegfried-Aachen.

Home Office: Annual report of the chief inspector of Factories (Heimamt: Jährlicher Bericht des Hauptinspektors der Fabriken). The Br. j. o. D.a. S. 1928, 3.

Arsenvergiftung vornehmlich bei Schafwäsche, 2 mal As-Krebs, ebensooft einfache Dermatitis. Von 38 Anthraxfällen starben 3. Außerdem 55 Fälle von Chromgeschwüren. 187 mal maligne Geschwüre in Kohlen- und Petroleumindustrie, davon 47 tödlich. Von 109 Ölarbeitern starben 35 an malignen Geschwüren. Seit 1920 637 Hautfälle berichtet, davon 138 tötliche, darunter Bäckerdermatitis 49 mal. Sahne- und Eisindustrie wiesen 28 Fälle von Dermatosen auf. Natriumverätzung häufig in Kaustikfabrikation. 12,1 % aller Dermatosen von Alkalien im Reinigungsgewerbe. 21 % der Maler eines städtischen Tramwagenparks litten unter „amerikanischem Terpentin", der durch Dampfdestillation gewonnen wird, Hexamethylentetramin, das als Beschleuniger beim Vulkanisieren von Gummi Verwendung findet, machte bei 3 von 7 Arbeitern Dermatitis, auch 5 Hutmacher wiesen Hautentzündungen auf. *Siegfried*-Aachen.

Casazza Roberto: **Über einige gewerbliche Dermatosen bei Arbeitern.** Boll. d. l. soc. med.-chirurg. di Pavia. Jg. 42 H 2. 1928..

Casazza berichtet über eine große Anzahl gewerblicher Dermatitiden, bei denen er neben den ausführlichen anamnestischen Daten und genau aufgenommenem klinischen Befunde auch die Reaktion der Haut an der Hand der von *Bloch* angegebenen Untersuchungsmethoden prüfen konnte. Aus der Fülle der mitgeteilten Beobachtungen sei auf Hautschädigungen durch Kaliumbichromat, durch Terpentin bei Lackarbeitern, auf Hautreizungen durch Zement, durch Kalziozyanamid usw. hingewiesen. Nagelschädigungen wurden von *Casazza* nach Kaliumbichromat, Zement, durch die Spinnerei der Kunstseide beobachtet. Ausführliches Literaturverzeichnis. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Burger: **Toxisches Exanthem nach Antoxurin.** M. K. 1928, 3.

Verf. erzeugte durch allerdings überschrittene Vorschriftsdosis bei seinem 7 Jahre alten Jungen ein hellrotes kunfluirendes Exanthem, das am nächsten Morgen beginnend schnell im Fortschreiten den ganzen Körper befiel, aber schon nach 2 Tagen wieder verschwand. Da sonstige Zeichen von Merkurialismus völlig fehlten ist die Kalomelkomponente des Antoxurins als causa peccans auszuschließen. *Siegfried*-Aachen.

A. Korobow: **Zur Frage der professionellen Hauterkrankung bei Personen, welche sich mit der Produktion von Ol. Ricini beschäftigen.** Moskowskij Medicinskij Journali. 1927. Nr. 12.

Digitized by Google

Angeregt durch eine akute Erkrankung von professioneller Dermatitis bei einem 19jährigen Arbeiter auf einer Fabrik zur Ricinusölbereitung untersuchte Verf. alle 50 Arbeiter dieser Fabrik und konstatierte, daß sich bei 21 derselben leichte Erscheinungen von Dermatitis fanden. (Röte, Flecke, Bläschen und Pusteln); was, nach Angabe der Arbeiter, sich bei Aufnahme dieser Arbeit oft bei ihnen zeigt, aber in 3—10 Tagen wieder schwindet. Verf. sieht die Ursache in der Bearbeitung des ungereinigten Kastoröles bei hoher Temperatur und in einem von flüchtigen Neben-Produkten des zersetzten Öles geschwängerten Luft, *A. Jordan.*

Imschenetzky: **Dermatitis durch Heracleum und Geranium.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 3.

Klinische und experimentelle Untersuchungen ergaben, daß der Heraclum-Dermatitis ein Jeder verfällt, welcher mit dieser Pflanze in Berührung kommt, dagegen der Geranium-Dermatitis nur ein sehr kleiner Teil, nämlich diejenigen Personen, deren Haut Bestandteile besitzt, welche in chemischer Affinität zum Geranium stehen. Klinisch wird Heracleum-Dermatitis charakterisiert durch Flecke, welche in Papeln und Bläschen übergehen, die unter Pigmentbildung schwinden. Kein Juckreiz. Bei der Geranium-Dermatitis gibt es unter starkem Jucken sich entwickelnde Flecke und Bläschen, welche zu Borken eintrocknen, aber ohne nachbleibende Veränderungen der Haut schwinden. *A. Jordan.*

S. Bosse: **Professionelle Hautveränderungen bei Ziegeleiarbeitern.** Arbeiten aus der II. Moskauer Universität. Moskau. 1928. Bd. I. Nr. II. S. 498.

Bei fast einem Drittel aller Arbeiter auf einer Ziegelei bei Moskau wurden bei einer unvorbereitet vorgenommenen Untersuchung ein Ekzem der Hände konstatiert, welches sich durch Röte, Infiltration und Rißbildungen der Haut der Hände und auch Füße kund tat. *A. Jordan.*

Hodororow und *Schermann*: **Professionelle Dermatitis bei Fischreinigerinnen.** Wratschebnoje Delo. 1928. Nr. 7.

Die erythematöse Dermatitis bei Fischreinigerinnen stellt eine eigenartige professionelle Dermatitis dar, welche auf einer chemischen und mechanischen Reizung der Haut durch Wasser, Salzlösung, Säure und anorganische Vermischungen an den Fischen beruht. Das klinische Bild der Dermatitis wird charakterisiert durch eine erysipelartige Röte der — besonders der linken — Handflächen, Paronychien, Risse und Abschürfungen der Haut. *A. Jordan.*

Heifitz: **Acne bei Beschäftigung mit „Blak" (Steinkohlenteer- und Petroleumgemisch).** Wratschebusje Delo. 1928. Nr. 6.

Die bei Arbeitern mit „Blak" auftretende Dermatose zeichnet sich durch eine braune Verfärbung der unbedeckten Haut und Entwicklung von Knötchen aus. Verf. rät zu prophylaktischen Maßregeln, da eine Behandlung der Arbeiter nur bei Aussetzen der Arbeit erfolgreich war.

A. Jordan.

Hermann Werner Siemens: **Über eine systematisierte bullöse Dermatitis durch Uferpflanzen.** D. W. 1927. Nr. 46.

Es wird über einen Fall von erythematös-bullöser Dermatitis berichtet, deren Effloreszenzen herpesähnliche Anordnung und zum Teil auffallende

Digitized by Google

Strichform zeigten und im Anschluß an ein Luftbad auf einer Wiese entstanden waren. Die gleiche Hautaffektion konnte bei 9 Patienten beobachtet werden. Für ein Überempfindlichkeitsphänomen spricht die äußere Ursache (Wiesenpflanzen) und die begrenzte Inkubationszeit. Inwieweit mechanische Momente eine Rolle spielen oder die Durchnässung der Haut Vorbedingung für die Entstehung der Dermatitis war, konnte noch nicht untersucht werden. *Schreyer*-Berlin.

Oppenheim und *A. Feßler*: **Über eine streifenförmige bullöse Dermatitis. (Freibad und Wiesendermatitis.)** D. W. Bd. 86. Nr. 5.

Sehr stark gerötete, mit Juckreiz einhergehende, streifenförmig angeordnete Erytheme wurden bei ungefähr 40 Patienten an unbekleideten Körperstellen 24—48 Stunden nach einem Freibad mit anschließender Besonnung und Liegen im Grase beobachtet. Auf den Flecken und Streifen saßen gruppiert angeordnete Blasen mit wasserklarem Inhalt, kleine dunkelrote Papeln und vereinzelte Haemorrhagien. Alle Fälle heilten ohne Komplikation in 8—10 Tagen zum Teil unter Pigmentierung ab. Die Dermatitis wird als Überempfindlichkeitsreaktion aufgefaßt und in Betracht gezogen, daß die in Riedgräsern enthaltenen Kieselsäureverbindungen als Reizsubstanz wirken, wenn gleichzeitig äußere Faktoren wie Sonnenstrahlen und Durchwässerung der Haut bei dazu disponierten Individuen einwirken. *Schreyer*-Berlin.

Franz Rosenthal: **Die Berlockdermatitis.** D. W. 1928. Nr. 7.

Typische gelblich-dunkelbraune, deutlich begrenzte Pigmentstreifen vom Manubrium sterni oder vom Nacken abwärts verlaufend, werden nach besonders energischer Sonnenbestrahlung kombiniert mit einer vorübergehenden Benetzung mit einer ätherische Öle enthaltenden Flüssigkeit beobachtet. Gewisse Disposition und Hautempfindlichkeit spielt neben einem klimatischen Faktor bei Entstehung dieser Dermatitis eine große Rolle. Therapeutisch genügt Behandlung mit indifferenten Salben.
Schreyer-Berlin.

Hans Rock: **Über zwei Fälle von Dermatitis bullosa systemisata phytogenes.** D. W. 1928. Nr. 5.

Strichförmige und kreisrunde Erytheme mit zentralen wasserklaren Blasen von bohnen- oder mandelförmiger Gestalt traten 20 resp. 24 Stunden nach einem Flußbad mit anschließendem Sonnenbad im Grase auf. Abheilung mit leichter Pigmentbildung. Siliziumgehalt der Gräser soll eine Rolle spielen. *Schreyer*-Berlin.

P. Giacardy: **Intensive Primeldermatitis in bullöser Form.** Ann. de Derm. et de Syph. N. 8—9. S. 485. 1927.

Kasuistik (Primula obconica). *Zurhelle*-Bonn.

Friedrich Noltenius: **Zwei Fälle von Hautschädigung durch Trypaflavin unter intensiver Sonnenbestrahlung.** Münch. med. Woch. Nr. 35. 1927.

Bei zwei Kranken, die wegen Gonorrhoe mit intravenösen Injektionen einer 2 %igen Trypaflavinlösung behandelt worden waren, bildeten sich unter intensiver Sonnenbestrahlung Hautschädigungen, die einmal in Form eines Sonnenbrandes mit starker blasiger Abhebung der Epidermis und das zweite Mal durch das Auftreten einer dunklen Pigmentierung sich

Digitized by Google

kundgaben. Verf. glaubt als Ursache in beiden Fällen eine Sensibilisierung der Haut durch das Trypaflavin annehmen zu müssen.

J. Weinstock-Charlottenburg.

P. Volette: **Generalisierte erythematös-squamöse Dermatitis nach Pflasteranwendung.** Ann. de derm. et de Syph. Nr. 12. 1927.

Das zur Anwendung gelangte Pflaster hatte Pix (de Bourgogne), schwarzen Teer, Wachs und ca. 15% Johanniskrautöl enthalten. Die generalisierte Erkrankung dauerte einige Tage. Ihr folgte 2 Monate später ein diffuser Haarausfall. *Zurhelle*-Bonn.

Sadowski: **Hautausschläge bei Grippe.** Wratschebnaja Gaseta. 1928. Nr. 1.

In 4 Fällen sah Verf., speziell bei Kindern, erythmatöse Ausschläge, kombiniert einmal mit Papeln, das andere Mal mit Petechien welche Erscheinungen von Grippe begleitet wurden und in wenigen Tagen, bald ohne, bald unter Schilferung schwanden. *A. Jordan*-Moskau.

Oscar Kieß: **Über eine der Pityriasis rosea ähnliche, unter Pigmentierung abheilende Gold- (Anrophos-) Dermatitis.** D. W. 1928. Nr. 4.

Im Anschluß an Aurophosinjektionen trat bei einer Frau mit Lupus vulg. des Gesichts ein der Pityriasis rosea ähnliches Arzneiexanthem auf, das nach monatelangem Bestehen mit Hinterlassung von ausgedehnten Pigmentierungen abheilte. Die Patientin erhielt neben Quarzlampenbestrahlung 1,6785 g Aurophos in Dosen von 0,001—0,2275 g in 3—4tägigen Pausen. Die Schädigung wird auf die zuletzt verabreichten hohen Dosen und die zu kurzen Pausen zwischen den Einzeldosen zurückgeführt. Trotz der einmaligen Injektionskur und sehr kurzer Bestrahlungsdauer heilten die ulzerösen Lupusherde bis auf zwei linsengroßen Stellen unter glatter Narbenbildung ab. *Schreyer*-Berlin.

Mgebrow und *Oretschkin:* **Wiederholtes Exanthem nach Chinin und Bijochinol.** Wratschebnaja Delo. 1927. Nr. 12.

In dem beschriebenen Fall trat bei einer 32jährigen Frau sowohl nach innerem Gebrauch von Chinin, als nach lokaler Anwendung eines Tampons, der in Chininlösung getaucht war, wie endlich nach einer probeweise ausgeführten Injektion von Bijochinol ein scharlachartiges Exanthem auf. Bei Nebenerscheinungen infolge von Wismutinjektionen muß demnach nicht nur an eine Schädigung durch das Wismut selbst, sondern einer der demselben beigemengten Bestandteile gedacht werden. Die Kranke vertrug Wismut allein gut. *A. Jordan*-Moskau.

F. H. Dillingham and *L. K. Cafferty:* **Bromide Eruption on hard-palate. (Bromexanthem am harten Gaumen.)** New York, Journ. Americ. Med. Ass. 1928. Bd. 90. Nr. 11.

Nach Verabreichung einer Bromlösung erkrankte eine 50 Jahre alte russische Jüdin einige Tage später mit Schwächegefühl an Exanthem an Armen und Beinen. Eine Woche nach Ausbruch der Hautaffektion Miterkrankung der Gaumenschleimhaut. Im Bereich des harten Gaumens zeigten sich 2 grauweißliche, leicht schmerzhafte Wucherungen. Nach intravenösen Injektionen von 1/10 n NaCl-Lösung prompte Besserung. Als vermittelndes Agens nimmt Verf. den starken Druck einer schlecht sitzenden Oberkiefergaumenplatte an. *Röntz*-Bonn.

Digitized by Google

Guerrieri Tito: **Beitrag zum Studium der experimentellen Bromoderme.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. Bd. 68. 6. S. 1584.

Guerrieri kommt auf Grund seiner Tierversuche zu folgenden Schlüssen: Gewöhnlich lokalisiert sich der entzündliche Prozeß bei der Bromakne am Follikel und in dessen Umgebung, weil dort eine gute Gefäßversorgung besteht, aber er bleibt nicht dort stehen, sondern geht auch auf das Stratum papillare und subpapillare und auch auf die Talg- und Schweißdrüsen, als gefäßreiche Organe über. Es gibt zwar keinen Prädilektionssitz für die pathologischen Veränderungen der Bromakne, doch finden sie sich an den gefäßreichsten Bezirken.

Das Brom ließ sich nicht nur in der Haut, sondern auch auf den Haaren nachweisen, wie schon einige Autoren früher angegeben hatten.

Was die Veränderungen innerer Organe bei den Bromdermatosen betrifft, so ließ sich, so gut wie immer, ein entzündlicher Prozeß an den Nieren feststellen. Es fand sich eine hämorrhagische Nephritis am Rindenteil, aber auch die medullären Teile wurden mitergriffen. Diese Nephritis spricht für die toxische Wirkung des Broms auf die Glomeruli und das peritubuläre Bindegewebe.

Die Untersuchungen lösen natürlich nicht alle Fragen über die Pathogenese der Bromakne. Es verbleiben unter den nicht gelösten Problemen noch die Frage nach der primären Wirkung des Broms auf die histologischen Elemente der Haut, und die Frage, ob es als toxisches Reizmittel wirkt, um den Polymorphismus der Bromakne zu veranlassen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

G. H. Belote: **Jododerma from jodized oil. (Jododerm nach jodhaltigem Öl.)** Ann. Arbor. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Bd. 89. Nr. 11.

Ein Fall von Jododerm des Stammes und der Extremitäten, das nach Anwendung von Lipiodol (franz. Jodpräparat zur Röntgendiagnose) auftrat. Im Urin und Speichel große Jodmengen. Gleichzeitig zeigte Lungendurchleuchtung noch deutliche Lipiodolreste. *Röntz*-Bonn.

Weber: **A note on Lichen planus of the vulva. (Beitrag eines Lichen planus der Vulva.)** The B. j. o. D. a. S. 1927. 12.

Eine 46jährige Dame mit Lungenempyem und konsekutiver Rippenresektion bekommt nach Genesung von ihrem Lungenleiden Vulvajucken, das auch vorher schon sich anmeldend nach ihrer Entlassung mit mehrmonatlichen Unterbrechungen doch immer wieder sich so quälend bemerkbar machte, daß nur heftiges Kratzen Linderung brachte. Wa.-R. negativ, kein Diabetes, Blutzucker 0,096%, Magen keine freie Salzsäure, Totalazidität. $8^1/_2$ Jahre nach Entlassung ergibt sich Lichen planus-Eruption, die seit 3 Monaten besteht, am Stamm. Demnach ist anzunehmen, daß die anscheinende simple Lichenifikation der Vulvagegend, wie sie schon lange vorher bestand, schon diffuser Lichen planus war. Da der Zustand vorher als Craurosis vulvae imponierte, ist nicht von der Hand zu weisen, daß manche Kraurosen auch simple Lichen planus-Fälle sind. *Siegfried*-Aachen.

Thomson: **Lichen planus of the mouth. (Lichen planus des Mundes.)** The Br. j. o. D. a. S. 1928. 5.

Kasuistik. 33jährige Frau klagt etwa $1^1/_2$ Monat nach kryptogener Ansteckung über Gesichtsneuralgie. 7 Monate später Schluckbeschwerden

Digitized by Google

und anscheinend typischer Lichen planus der Tonsillen, des Halses, Kopfes und linken Vorderarmes. Nach internem Liq. hydrargyri perchlorati und örtlichem Gurgeln mit Lotio nigra Heilung der Tonsillen, dagegen nahmen die Hautläsionen mehr und mehr Aussehen von frambösiformen Syphiliden an. Jetzt erst Diagnose auf Lues gestellt und Heilung. Wa.-R. blieb aber positiv. Verf. meint, daß latente Lues den Ausbruch des Lichen planus der Tonsillen veranlaßte. *Siegfried*-Aachen.

J. Golay: **Der blasige Lichen planus.** Ann. de Derm. et de Syph. 1927. Nr. 10. S. 543.

Beschreibung eines Falles (52jährigen Frau) von Lichen planus pemphigoides, der mit Pigmentierung abheilte. Klinische und histologische Abbildungen. *Zurhelle*-Bonn.

G. J. Umansky: **Zur Lehre vom Lichen ruber erythematodes.** D. W. 1927. Nr. 40.

Der seltene, von *Kaposi* zum ersten Male beschriebene Fall eines Lichen rub. erythematodes wird eingehend geschildert. Neben typischen Knötchen des Lichen ruber planus mit typischem histologischem Bau fanden sich verschieden große Herde von hellroter Farbe, weicher Konsistenz und glatter Oberfläche. Die Bildung dieser auf den ganzen Körper verteilten erythematösen Flecken wird auf starke Blutanfüllung der Haut zurückgeführt. Ätiologisch scheint erhöhter Liquordruck eine Rolle zu spielen, da nach der Lumbalpunktion, die außer dem stark erhöhten Druck nichts Pathologisches ergab, ein rascher Heileffekt beobachtet wurde. *Schreyer*-Berlin.

J. Briel: **Über Spätformen des Lichen ruber.** D. W. 1927. Nr. 48.

Aus eigenen Beobachtungen und Mitteilungen aus der Literatur ist zu entnehmen, daß der Lichen ruber planus ähnlich der Lues mit einem Primärherd beginnen kann, dem das Auftreten disseminierter Krankheitsherde folgt. Häufiger aber kommt es in mehr oder weniger großen Abständen (2—40 Jahren) nach den ersten Erscheinungen zum Spätexanthem in Form von serpiginösen oder gyrierten Herden. Die Lokalisation betrifft die äußere Haut und die Schleimhäute, jedoch wurden Ulzerationen bei Lichen ruber nie beobachtet. Es ist beachtenswert, daß beide Krankheiten auf ein spezifisches Mittel, das As, reagieren. Auf Grund genannter Beobachtungen glaubt Verf, den Lichen ruber in seinem Verlauf und seinen Erscheinungsformen mit der Lues vergleichen zu können, lehnt es aber ab, daraus sichere Schlüsse auf eine etwaige infektiöse Ursache des Lichen ruber zu ziehen. *Schreyer*-Berlin.

Gorbulew: 452 **Fälle von Psoriasis vulg.** Venerologia u. Dermatologia. 1928. Nr. 3.

Die statistischen Untersuchungen des poliklinischen Materials des Moskauer Venerologischen Instituts bestätigen im großen Ganzen die Ergebnisse anderer Forscher, da die Psoriasis vulg. 3,5% aller Hautfälle ausmachte, bei Männern und Frauen ungefähr ebenso oft auftrat und in bezug auf die Ätiologie keine ausgesprochenen Hinweise auf eine einheitliche Ursache ergaben. Von Interesse ist, daß ein Vorkommen von Psoriasis vulg. bei Ehegatten nie beobachtet wurde und daß 3mal eine Mitaffektion der Mundschleimhaut konstatiert wurde. *A. Jordan*-Moskau.

Digitized by Google

O. Jersild: **Beginn von Psoriasis mit Lokalisation an den belichteten Körperstellen.** Ann. de derm. et de Syph. 1927. Nr. 12.

Befallen war ein 13jähriges, barfuß laufendes Mädchen an den Armen, Unterschenkeln und Füßen, genau entsprechend der Sonnenbräunung (Photo). *Zurhelle*-Bonn.

Poletajew: **Bakterioskopische und bakteriologische Untersuchung von Psoriasisschuppen.** Venerologia u. Dermatologia. 1928. Nr. 3.

Die Untersuchung von Psoriasisschuppen in 15% Sol. Kal. caustici ergab unter 27 untersuchten Fällen in 17 das Vorhandensein runder, doppelt konturierter Gebilde von mannigfaltiger Größe und kleine gekürzte Formen, ferner in einem Fall Gebilde, welche an Pilzmyzelien erinnerten und in 3 deutliche Pilzmyzelien. Endlich gelang es Verf., auch auf dem *Sabouraud*schen Nährboden in 11 Fällen das Wachstum fadenförmiger Pilze zu erzielen. *A. Jordan*-Moskau.

W. Borowskij u. *B. Busaka:* **Zwei Fälle von Parapsoriasis en gouttes, welche sich anscheinend infolge Tuberkulose entwickelt hatten.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 5.

Die Überschrift gibt den Inhalt wieder. *A. Jordan*-Moskau.

Mac Leod: **A case of parapsoriasis, associated with vasomotor Rhinitis. (Fall von Parapsoriasis zusammen mit vasomotorischer Rhinitis.)** The British J. of Derm. Oktober 1927.

Interessant ist hier, daß mit jedem Rückfall der häufigen Rhinitis, die keine bakterielle Ursache hatte, auch die parapsoriatischen Flecke deutlich aufflammten und mit Überwindung des Anfalls auch wieder verblaßten. Nebenbei war der Mann noch Koch, und Hitze gilt manchen als prädisponierend für Parapsoriasis. *Siegfried*-Aachen.

Ingram: **Salvarsan-Dermatitis: Forty Abszesses: Recovery.** The British J. of Derm. Oktober 1927.

32jährige Blondine bekam wenige Stunden nach 0,6 g Salvarsan Erbrechen, Pulsbeschleunigung und Fieber. Nach vier weiteren Dosen von je 0,9 g in wöchentlichen Intervallen masernartiger Ausschlag, Benommenheit. Trotz verschiedener Injektionen von Thiosulphat schnelle Verschlimmerung mit Pusteln, Verdickung der Haut und Einrissen in Gelenken. Typhoider Zustand. Weiter Entwicklung einiger 40 kalter Abszesse ohne umgebende Rötung. Inhalt: Staph. aureus. Heilung ziemlich schnell nach jeweiliger Öffnung der Abszesse. Wie häufig nach so starken Reaktionen wurde Wa.-R. negativ. *Siegfried*-Aachen.

H. Leeuwenburg: **Cas de dermatosclérose linéaire.** Acta dermat.-ven. Bd. VII. Heft 3. 1927.

Entstehung eines indurierten, infiltrierten lichenifizierten linearen Bandes am Oberschenkel etwa entsprechend dem Verlauf der Vena saphena. Der Pat. leidet außerdem an einer ausgesprochenen Neurodermitis. Verf. führt das Leiden auf eine Kombination von periphlebitischen Einflüssen und den pruriginösen Zustandes des Kranken zurück. (Es handelt sich hier offenbar um einen sehr ausgeprägten, etwas atypisch sitzenden Fall von *Pautriers* Lichenifikation géante. Acta dermat.-ven. Bd. 8, Heft 5. Ref. in dieser Zeitschrift auf S. 307 dieses Heftes vom Ref.) *Arthur Alexander*-Berlin.

Digitized by Google

Thadeusz Chorazak und *Stanislow Ostrowski*-Lemberg: **Fox-Fordycesche Krankheit mit eigenartigem Verhalten des vegetativen Systems.** Acta dermat.-ven. Bd. 8. H. 4. 1927.

19 Jahre alter mosaischer Schneidergehilfe — also einer jener rel. seltenen Fällen von F-F. beim Manne — mit Befallensein beider Achselhöhlen. Die Untersuchung des vegetativen Systems ergab, daß der Juckperiode Vagotonie und gesteigerte Eosinophilie entsprechen, daß die juckfreie Zeit mit einer Sympathicotonie und einem Mangel der eosinophilen Leukozyten zusammenfällt und daß dem Zustande des allgemeinen Unbehagens ein Gleichgewicht vielleicht als Übergang zur gesteigerten Erregbarkeit des parasympathischen Systems entspricht. Die Verf. nehmen an, daß bei dem Patienten partiell ein Zustand der Vagotonie besteht und es ist möglich, daß im Zusammenhang mit dem genannten Zustande des vegetativen Systems und der davon abhängigen Steigerung der Funktionen der Sexualdrüsen eine vermehrte Ausscheidungstätigkeit der apokrinen Drüsen besteht. Das Sekret dieser Drüsen reizt wahrscheinlich die sensiblen Nervenfasern, sowie die peripheren Endigungen der sympathischen Nerven, was zu Symptomen des anfallsweise auftretenden Juckgefühls — wie es bei dem Patienten vorhanden ist — führt. Infolge dieses mechanischen Faktors, des Scheuerns und des chemischen Einflusses der Sekrete der apokrinen Drüsen kommt es ferner zur übermäßigen Verhornung in den Haareinstülpungen und in weiterer Folge zu Retentionszysten, zur Erweiterung der Drüsen und Schweißdrüsengänge. *Arthur Alexander*-Berlin.

L. M. Pautrier-Straßburg: **Les Lichenifikations Anormales (Lichenifikations anormales par leur siège — Lichenifikations anormales par leur forme).** Acta dermat.-ven. 1928. Vol. VIII. Heft 5.

Nach einer historischen Einleitung über den Begriff der Lichenifikation, in der insbesondere *Brocqs* Verdienste um die Erschaffung und klinische Ausgestaltung der Neurodermitis gebührend hervorgehoben werden, bespricht Verf. die Lichenifikation des Gesichtes, des behaarten Kopfes und der Handteller. Besonders interessant ist das erstgenannte Gebiet, weil hier durch die diffuse Form der Lichenifikation — die zirkumskripte macht weniger vom Gewöhnlichen abweichende Veränderungen — eine abnorme Falten- und Furchenbildung des Gesichtes erzeugt wird, die dem Antlitz etwas Starres, Unbewegliches verleiht und an den Begriff der Leontiasis denken läßt, die Lichenifikationen des behaarten Kopfes sind schwer diagnostizierbar und gar nicht so sehr selten. Sie sitzten meist am Nacken und an den Ohren und entwickeln sich im Anschluß an Pityriasis simplex oder an trockene psoriasisiforme Parakeratosen. Was die Lichenifikationen, die durch ihre Formen ein anormales Bild darbieten, anbetrifft, so bespricht Verf. zunächst die Lichenifikation nodulaire circonscrite chronique, die wir in Deutschland vielfach als Urticaria perstans chronica resp. verrucosa bezeichnen und die außerdem noch unter dem Namen Lichen corneus obtusus geht. Auch mit dem Lichen planus wird sie — nach des Verf.'s Ansicht vollkommen zu Unrecht — zuweilen identifiziert. Die Affektion sitzt meist an den oberen und unteren Extremitäten, nur in Ausnahmefällen wird der Rumpf befallen. Sehr interessant ist die zweite, hierher gehörende Type der Liche-

Digitized by Google

nifikation anormale par leur forme: La Lichenifikation hypertrophique ou géante, die sich meist am Skrotum und den Plicae genitocrurales lokalisieren und daselbst die Gestalt von tumorartigen, erhabenen nässenden Excreszenzen von länglicher Gestalt annehmen können. Histologisch ist besonders die starke Akanthose bemerkenswert. — Auch der dritte Typ, die Lichenifikation verruqueuse (Lichen corné hypertrophique), ist insofern von Interesse, weil hier nicht genau feststeht, ob die betreffenden Effloreszenzen — tumorartige trockene schuppige Gebilde mit bienenwabenähnlicher Oberfläche — dem Lichen ruber oder der Neurodermitis zuzuzählen sind. Verf. hat in den letzten Jahren 15 derartige Fälle von — wie wir Deutschen sie wohl im allgemeinen nennen — Lichen ruber verrucosus gesehen, von denen 7 einen unzweifelhaften Lichen planus hatten. Diese Fälle will *Pautrier*, wie es scheint, in der Tat der letztgenannten Affektion zuzählen, aber sie doch nicht als reine solche auffassen, sondern als Mittelformen von Lichen planus, auf der eine Lichenifikation sécondaire nachträglich sich aufgepfropft hat. Die übrigen Fälle faßt er als reine primäre Lichenifikationen auf, rechnet sie aber zur Neurodermitis, mit deren oben als Lichenifikation géante bezeichneten Unterform sie histologisch Ähnlichkeit habe. Sehr gute Abbildungen!

Arthur Alexander-Berlin.

W. Engelhardt: **Bemerkungen zur Pathogenese der Fox-Fordyceschen Krankheit.** Krankheitsforschung Bd. 5. S. 245. 1927.

Die in der Literatur bis jetzt mitgeteilten Fälle von Fox-Fordycescher Krankheit sowie ein eigener Fall geben Veranlassung für die Pathogenese der Erkrankung folgendes festzustellen. Während *Fischer* ein qualitativ verändertes Sekret der apokrinen Drüsen als den ursächlichen, das ganze Krankheitsbild bedingenden Faktor hält, glaubt Verf. ergänzend zu der *Fischer*schen Ansicht, daß das Primäre der Erkrankung der Verschluß der Follikelmündungen sei und alles andere die Folge davon. Kurz zusammengefaßt lassen die Krankengeschichten auf folgende Entstehungsart des Fox-Fordyceschen Symptomklomplexes schließen. Eine der Krankheit längere oder kürzere Zeit vorausgehende, juckende Hauterkrankung führt zur Schädigung der Hautdecke. Die Hauterkrankung heilt größtenteils ab. Reste der Entzündung bleiben jedoch auf der Follikelhöhe, die für Schädigungen besonders leicht zugänglich ist, in Form von Verengerungen oder völligem Verschluß der aprokrinen Drüsenausführungsgänge bestehen. Die Sekretion der a-Drüsen geht natürlich weiter, das Sekret findet keinen Abfluß. Bei der ganz allmählich erfolgenden Diffusion ins Gewebe übt das zellreiche Sekret einen starken Reiz auf die Umgebung aus. Mit dem Druck auf das umgebende Gewebe beginnt das Jucken, das sich zu Juckanfällen steigert, wenn die Drüsen bei körperlichen oder psychischen Erregungen oder zur Zeit der Menstruation stärker arbeiten.

Memmesheimer-Bonn.

Uhlmann: **Alopecia areata.** Übersichtsreferat. M. K. 1928. Nr. 14.

Siegfried-Aachen.

A. Koslowa: **Zur Frage der Ätiologie und Therapie der Alopecia areata.** Kasanokij Medicinskij Journal. 1928. Jahrg. 24. Nr. 5.

Verfasserin bestätigt auf Grund von 25 eigenen Fällen, daß die Ätiologie der Alopecia areata nicht auf einer Pilzerkrankung, sondern auf verschiedene

Digitized by Google

Ursachen (nervöse Erschütterungen, Störungen der Funktion endocriner Drüsen) beruht. Der verschiedenen Ätiologie entsprechend war auch der therapeutische Effekt ein verschiedener, curativ gelang es, durch Quarzlichtbestrahlung in Kombination mit d'Arsonval und inneren Gebrauch von Extrakten endokriner Drüsen Heilungen zu erzielen. *A. Jordan.*

Artom Mario: **Aplasia monileformis der Kopfhaare (Monilethrix).** Giorn. ital. di Dermatol. Bd. 68. H. 6. S. 1547. 1927.

Bei dem 9jährigen Knaben trat im Alter von 5 Monaten die allmählich immer deutlicher werdende Hautkrankheit auf, welche leicht als Aplasia monileforme zu diagnostizieren war. Der Vater und Großvater väterlicherseits hatten dieselbe Erkrankung, die aber kein weibliches Mitglied der Familie befiel. Bei dem Knaben besteht gleichzeitig eine Keratosis spinulosa am Halse und eine Keratosis suprafollicularis der Beine. Über die Ursache der Erkrankung bestehen mehrere Hypothesen; 1. Abhängigkeit der Haardystrophie vom Druck der keratotischen Papille auf das Haar, 2. Alternierende Störungen der Blutversorgungen als alternierende Ursache der Beeinflussung der atrophischen und gesunden Teile des Haares, 3. die Krankheit ist der Ausdruck einer Sympathikusdysonie oder endokrinen Dysfunktion. Gegen die erste Theorie sprechen die Alternanz der Dystrophie, das Vorkommen von Fällen von Aplasie ohne Keratose und das Fehlen von Mißbildungen an den Haaren der keratotischen Gebiete. Gegen die zweite Hypothese sprechen die Ergebnisse der Kapillaroskopie, welche keine deutlichen morphologischen oder funktionellen Veränderungen an den Kapillarschlingen der Kopfhaut ergeben. Für die dritte Annahme sprechen einige Ergebnisse der pharmakodynamischen Prüfungen, der anthropobiometrischen Messungen und des klinischen Befundes des Patienten. Bei dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse ist nach *Artom* die Aplasia monileformis als eine an die hereditären Gene gebundene Krankheit anzusehen. Entweder handelt es sich um eine direkte Übertragung oder eine mittelbare, an hereditäre Veränderungen der endokrinen Drüsen gebundene.

Bei vorliegendem Falle ergab die Opotherapie mit Thyreoidin zuerst eine deutliche Abschwächung der dystrophischen Momente, dann aber, trotz Fortsetzung der Kur, eine Rückkehr zum früheren Zustande. Keine definitive Besserung nach einer Depilation mit Thalliumacetat und einer lokalen Behandlung mit keratolytischen Mitteln.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Damer: **Zur Frage der Monilethrix.** Venerologia und Dermatologia. 1928. Nr. 3.

Beschreibung zweier Beobachtungen von Monilethrix, welche eine 16jährige Armenierin und einen 2jährigen armenischen Knaben betrafen. In beiden Fällen fand sich auch Keratosis pilaris. Die histologische Untersuchung des einen Falles ergab, in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen, daß der Prozeß unmittelbar von der Haarzwiebel seinen Ausgang nimmt und daß, obgleich sich entzündliche Erscheinungen hier und da finden, besondere Veränderungen im Gebiet der Haarpapille und Haarzwiebel fehlen. *A. Jordan.*

Digitized by Google

A. W. Jacobsen: **Hereditary dystrophy of the hair and nails. (Hereditäre Dystrophie der Haare und Nägel.)** Buffalo. Journ. Americ. Med. Ass. 1928. Vol. 90. Nr. 9.

Verf. berichtet über 2 Fälle mit hereditärer Dystrophie der Haare und Nägel. 7jähriges Mädchen, bei Geburt ohne Haare. Später dünner Haarwuchs. Guter Allgemeinzustand. Geringe Myopie. Fingernägel spröde, atrophisch, seitlich aufgetrieben, kurz und abgebrochen. Farbe braunschwarz. Zehennägel ähnlich, doch hypertrophisch. Haar zart, trocken und brüchig. Haarwuchs sehr licht. Fleckförmige kahle Stellen in der Scheitelgegend. Augenbrauen fehlen. Wimpern bestehen nur aus vereinzelten Haaren. Wa. R. negativ. Mutter 41 Jahre. Guter Allgemeinzustand. Geringe Imbezillität. Myopie. Zähne spärlich, weit distanziert. Nägel der gleiche Befund wie beim Kinde. Haar spärlich. Fehlen der Wimpern und der Augenbrauen. Körper unbehaart. Von 64 Familienmitgliedern in 5 Generationen zeigten 22 Veränderungen. Bei 22 waren die Nägel befallen; 8 waren haarlos oder hatten nur geringen Haarwuchs. 4 zeigten fleckweise normales Haar. Ätiologie: Mycosen sind auszuschließen, desgleichen Lues. Hormonstörung? Hypothyreoidismus? Versuchsweise Thyreoidstoffe langsam zuführen. *Röntz*-Bonn.

C. H. T. Shivers: **Epithelioma of the Penis. (Penisepitheliome.)** Atlantic City. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 6.

Es wurden 5 Fälle von Penisepitheliomen beobachtet. Die Ursachen bildeten meist Phimosen bzw. entzündliche Veränderungen an der Glans bzw. am inneren Blatt der Vorhaut. Dafür spricht das seltene Vorkommen dieses Leidens bei jüdischen Individuen. Verf. konnte 5 Fälle beobachten. Bei allen mußte wegen des fortgeschrittenen Stadiums zur Operation gegriffen werden. In drei Fällen wurden postoperativ Röntgenbestrahlungen vorgenommen. *Röntz*-Bonn.

Farber: **Krebs in der Dermatologie.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 12.

Verf. berichtet über 153 in dem Röntgeninstitut zu Kiew im Laufe von 1920—1928 behandelte Hautkrebsfälle, unter denen 83 Männer und 70 Frauen, von denen überraschenderweise auch gerade 83 Landbewohner und 70 Städter waren. Es saß der Krebs

im Gesicht	92	mal
auf dem Rumpf	15	„
in der Mundhöhle	6	„
an den weibl. Geschlechtsorg. . .	20	„
an den männl. Geschlechtsorg. .	2	„

Es standen im Alter von	50—70	Jahren	122	Personen
in demjenigen von	20—40	„	20	„
in demjenigen über	70	„	11	„

A. Jordan.

Kroitschik: **Zur Kasuistik des familiären Endothelioma tuberosum multiplex Spiegler.** Russki Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 5.

58jähriger Hebräer nebst 34jähriger Tochter und 33jährigem Sohn, welche aber alle 3, teils durch Operation, teils durch Kohlensäureschneebehandlung Genesung fanden. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Joseph Mestschanski: **Über Pagets Disease.** D. W. 1928. Nr. 5.

Pagets Disease ist eine Bezeichnung für den besonderen Verlauf einer Art von Milchdrüsenkrebs und soll nur bei solchen Affektionen krebsiger Natur angewendet werden, die an der Brustwarze und ihrer näheren Umgebung lokalisiert sind. Krebsverdacht besteht bei jedem therapeutisch unbeeinflußbaren, chronischem Ekzem dieser Gegend bei Frauen von 40 Jahren an. Untersuchungen ergaben, daß alle 3 Arten der Entstehung vorkommen: 1. von der Epidermis selbst, 2. von den Milchgängen und 3. von den Milchdrüsen aus. Über die Natur der Pagetzellen stehen sich 2 verschiedene Meinungen gegenüber. Die eine sieht darin Krebszellen, die andere degenerierte Zellen der Epidermis. Verf. hält sie für degenerierte bzw. vakuolisierte Epithelzellen, die von den Basal- bzw. Stachelzellenschichten stammen und überall dort angetroffen werden, wo die Ernährung der Epidermis gestört ist. *Schreyer*-Berlin.

Scomazzoni, T.: **Beitrag zur Kenntnis der *Bowen*schen Krankheit der Glans.** Giorn. ital. di Dermatol. Bd. 68. H. 6. S. 1505. 1927.

Mitteilung dreier Fälle von *Bowen*scher Krankheit der Glans und der Innenfläche des Präputiums, welche morphologisch-klinisch so gut wie identisch klinische Unterschiede darboten. Die Veränderungen bestanden 2—30 Jahre und zeigten sich klinisch als rötlicher oder dunkelroter, rundlicher, leicht erhabener und infiltrierter Fleck mit scharfen Grenzen und glänzender oder leicht schuppender Oberfläche.

Histologisch war in den 3 Fällen der Übergang der reinen präkanzerösen Form in die Form der epitheliomatösen Degeneration vorhanden. Beim ersten Falle fanden sich im Stratum corneum die Zeichen von Hyperkeratose, Parakeratose und Dyskeratose, im Stratum Malpighi, welches deutlich akanthotisch war, Veränderungen verursacht durch inter- und intrazelluläres Ödem mit unregelmäßiger Anordnung der Zeichen atypischer Verhornung aufweisenden Zellen, mit Metachromasie und amitotischen Zellteilungen, mit Proliferationsformen und unregelmäßigen Kernstrukturen. Das Stratum basale war aber allenthalben normal. Beim zweiten Fall fanden sich die erwähnten Epithelveränderungen, aber in geringerem Ausmaß, ferner Proliferationsvorgänge am mehr hyperplastischen, als metaplastischen Stratum basale, welches gegen das Bindegewebe durch ein oder mehr Schichten normal erscheinender zylindrischer Basalzellen abgegrenzt war. Beim dritten Falle war die epitheliomatöse Degeneration deutlich gekennzeichnet durch tiefgehende epitheliomatöse Infiltration mit der Bildung von Zapfen und Zellnestern in der Papillar- und Retikularschicht mit den schon im Epithel vorhandenen dyskeratotischen Charakteren. Bei allen 3 Fällen fanden sich in der Kutis neben reaktiven Erscheinungen am Bindegewebe lymphozytäre und Plasmazellen führende Infiltrationsherde mit spärlichen Mastzellen. Das elastische Gewebe war beim ersten Falle wohl erhalten, bei den beiden anderen Fällen rarefiziert oder fehlend.

Vergleicht man die histologischen Veränderungen im Epithel und in der Kutis mit den Befunden anderer Autoren bei den experimentellen präepitheliomatösen Veränderungen durch Teer, Röntgenstrahlen und Arsen, so findet man deutliche Analogien zwischen diesen und der *Bowen*schen Krankheit.

Digitized by Google

Aus der histologischen Untersuchung der 3 Fälle, besonders des ersten, lassen sich nicht genügend Gründe ableiten, um die *Bowen*sche Krankheit als eine maligne Form d'emblée zu definieren, vielmehr handelt es sich um eine „präkanzeröse Form", deren Bestimmung es ist, nach einem mehr oder weniger langen Zeitraum epitheliomatös zu degenerieren.

Die von *Bierich* bei den experimentellen Teerveränderungen beschriebenen infiltrativen Elemente und Veränderungen des elastischen Gewebes wurden zum Teil auch wiedergefunden und könnten nach der Ansicht dieses Autors, der ihnen eine große Bedeutung für die Pathogenese und den Verlauf der epitheliomatösen Formen zuschreibt, die Verschiedenheit des Verlaufes der *Bowen*schen Krankheit und der präkanzerösen experimentellen Veränderungen erklären. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Walter Francois-Krakau: **Sur la maladie de Bowen.** Acta. dermat. ven. Bd- 8. Nr. 1. März 27.

Mitteilung eines an der Schläfe eines 72 Jahre alten Mannes beobachteten Falles, dessen klinische und histologische Einzelheiten erörtert werden. Besprechung der Differentialdiagnose zur Paget Disease: Letztere juckt mehr. Histologisch sind die durch Teer künstlich hervorgerufenen Karzinome den *Bowen*schen recht ähnlich, unterscheiden sich allerdings von ihnen dadurch, daß sie nach einiger Zeit spontan verschwinden.

Alexander-Berlin.

Adrian Schoch: **Lupussarkom.** D. W. 1927. Nr. 51.

Das seltene Krankheitsbild eines polymorphzelligen Sarkoms auf serpiginös hypertrophischem Lupus des Halses und Nackens wird eingehend nach seinen klinischen Erscheinungsformen und histologischem Aufbau beschrieben. Die auf lupösem Gewebe häufig entstehenden malignen Tumoren gehören meistens der Karzinomgruppe an und führen nur ausnahmsweise zu Sarkomen. *Schreyer*-Berlin.

Mirakjantz: **Zur Frage des Sarkoma idiopathicum hämorrhagicum Kaposi.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 3.

Verf. beobachtete zwei Fälle von Sarkoma idiopathicum Kaposi, wobei in dem einen sich der Prozeß zirka 20 Jahre hinzog, ohne besonders auf das Allgemeinbefinden des 57jährigen Kranken eingewirkt zu haben, in dem andern der Prozeß sich verlängert, bei einem 17jährigen Jüngling entwickelt hatte. In dem ersten Falle handelte es sich fast ausschließlich um infiltrative, stark ausgebildete Ödeme der Extremitäten, in dem zweiten vorwiegend um Knoten. Histologisch gab es im ersten Falle Erscheinungen eines chronisch entzündlichen Prozesses, im zweiten solche eines Fibrosarkoms. *A. Jordan.*

Bertha Steinberg und *S. A. Glaubersohn:* **Sarcomatosis cutis gigantocellularis bei einem *10* Monate alten Kinde.** D. W. 1927. Nr. 39.

Bei einem organisch gesunden Kinde wurden über den ganzen Körper ausgebreitete, dicht aneinander liegende Geschwülste von Kirschkerngröße und rötlicher, zum Teil normaler Hautfarbe beobachtet. Die histologische Untersuchung ergab Sarkoma gigantocellulare cutis. *Schreyer*-Berlin.

Digitized by Google

Prokopischuk und *Tschuwalowa:* **Zur Frage des multiplen idiopathischen hämorrhagischen Sarcoma Kaposi.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 9.

Von den zwei Kranken mit typischem Sarkoma cutis idiopathicum hämorrhogicum multiplex Kaposi war der ein eine 24jähriger russischer Bauer, der andere ein 30jähriger Hebräer. Die in dem ersten Fall von starkem Ödem begleitete Krankheit führt bereits in 8 Monaten zum Tode, wobei sich Metastasen in den Peritonealdrüsen, in den Peyerschen Drüsen, in der rechten Lunge, in der Hypophyse fanden. *A. Jordan.*

Roman v. Leszczynski: **Sclerodermia ulcerosa linearis infantilis.** D. W. 1928. Nr. 4.

Der seltene Fall einer ulcerösen, lineären Säuglingssklerodermie wird nach seinem klinischen und histologischen Befund eingehend beschrieben. Die auf stark verhärteter Basis befindliche Geschwürsfläche zeigt scharfe, wallartig erhabene Ränder, von denen lividrote, radiäre harte Stränge sich in die umgebende Haut verlieren. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. Therapeutisch schien das Jod einen günstigen Einfluß auszuüben. *Schreyer*-Berlin.

W. T. Longcope: **Hypoglycemia in Sclerodermia. (Hypoglykämie bei Sklerodermie.)** Baltimore. Journ. Americ. Med. Ass. 1928. Nr. 1. Vol. 90.

Zur Beobachtung gelangten acht Sklerodermiefälle. Einer darunter mit tödlichem Ausgang. (Atrophie einer Nebenniere und interstitielle Orchitis.) Alter 15—63 Jahre. Vererbung und Beruf spielten keine Rolle. Bei zwei Fällen ging einige Jahre vorher eine *Raynaud*sche Krankheit voraus. Alle Patienten zeigten starke Gewichtsverluste. Bei einem Fall, der näher beschrieben wird, fand sich bronzeartige Verfärbung der Haut, niedriger Blutdruck (90/50) und verminderter Blutzuckergehalt. Nach Fastendiät trat Schwindel, Verwirrtheit und Hypoglykämie auf.

Röntz-Bonn.

Mgebrok und *Brodsky:* **Zur Frage der Sclerodermia alba guttata superfic. (White Spot Sclerodermie).** Arbeiten des Odessaer Dermato. Venerolog. Instituts. 1927. S. 1591. Russisch.

Bis zur Klärung der Ätiologie und Pathogenese des Lichen sclerosus und der oberflächlichen Sklerodermie muß die Existenz beider Krankheiten anerkannt werden. Der Lichen sclerosus stellt die Übergangsform zwischen Lichen planus und Sklerodermie dar und entwickelt sich, wie es scheint, bei Personen, die zur Sklerose und Atrophie neigen. Withe Spot disease als eine selbständige Hautkrankheit existiert nicht. Beschreibung dreier Fälle. *A. Jordan.*

Crosti Agostino: **Über einen Fall von generalisierter progressiver Sklerodermie. Klinische, pathologisch-anatomische und ätio-pathogenetische Beobachtungen.** Giorn. ital. di Dermatol. H. 4. S. 1097. 1927.

Crostis Patientin wies eine progressive generalisierte Sklerodermie mit starken Pigmentationsstörungen auf, die sich in subakuter Weise zu einem skleroatrophischen Zustand der Haut, der Subkutis und der Muskeln entwickelt hatte. Die Krankheit begann mit der Menopause und ging in eine Infektion von geschwürig-bronchialem Charakter über. Das akute Auftreten der Bronchitis fiel mit den ersten Erscheinungen der Hautkrankheit zusammen.

Digitized by Google

Bei Betrachtung der Pathogenese sind zwei Grundfaktoren zu berücksichtigen: der toxisch-infektiöse febrile Zustand und die besonderen Bedingungen des vegetativen Nervensystems. Die erste Ursache kann die zweite durch Veränderungen an den besonders prädisponierten nervösen Zentren bestimmt haben; aber auch andere Faktoren können mitgewirkt haben; Veränderungen am motorischen und sensiblen Nervensystem konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Die besonderen Bedingungen des bestimmenden vegetativen Nervensystems blieben ganz ungeklärt; nur ließ sich bei Beginn eine Hyposympathikotonie mit Erregbarkeit des Parasympathikus feststellen, aber alle diese Veränderungen können sowohl mit einfachen Konstitutionsbedingungen erklärt werden; es könnte sich auch um sekundäre Störungen handeln.

Es handelt sich bei dem vorliegenden Falle um das klassische Bild der reinen toxisch-nervösen sklerodermatischen Dystrophie, welches sich nicht sekundär an Gefäßstörungen anschloß. Das klinische Bild ist demgemäß unter die wahren primären Trophoneurosen einzureihen, eher als unter das der angio-trophoneurotischen Formen.

Im allgemeinen finden sich bei dem sklerodermatischen Symptomenkomplex immer einige Elemente von besonderer genetischer Bedeutung: toxisch-infektiöse, neurosympathische und endokrine Faktoren. Der infektiöse und endokrine Faktor kann je nach der Konstitution oder Prädisposition oder vorausgegangenen Krankheiten die primäre bestimmende Ursache sein, oder er kann nur eine gelegentliche prädisponierende Rolle spielen.

Was den Mechanismus der Bildung der sklerodermatischen Veränderungen im allgemeinen betrifft, so kann man heute noch nicht eine klare Scheidung machen zwischen den neurovaskulären und extravaskulären Formen, sondern man kann nur von einer neurotrophen Krankheit sprechen, welche Systeme des Organismus befällt und sich bei Individuen mit eigenartiger Konstitution entwickelt. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

A. Buschke: **Verringerung bzw. Mangel an freier Salzsäure bei Sklerodermie.** D. W. 1927. Nr. 31.

In fünf Fällen von teils diffuser, teils circumscripter Sklerodermie wurde Fehlen, bzw. Verringerung der freien Salzsäure und Verringerung der Gesamtacidität nachgewiesen. Danach scheint ein Zusammenhang zwischen der Sklerodermie und dem sympathischen und endokrinen System zu bestehen. Das Fehlen der Achsel- und Schambehaarung, das bei dieser Hautaffektion beobachtet wurde, weist ebenfalls auf diesen Zusammenhang hin. *Schreyer*-Berlin.

Joh. Fabry: **Über einen Fall von Kraurosis penis bei gleichzeitigem Bestehen von Weißflecken am Skrotum.** D. W. 1928. Nr. 1.

Verf. glaubt, daß es sich wie bei naevusartigen Erkrankungen auch hierbei um in der Anlage begründete Entwicklungsstörungen in Bau der Epidermis handelt, die unter den Begriff der Genodermien einzureihen sind. Das Angeborensein und gleichzeitige Auftreten in der Genitalgegend zusammen mit Phimosis congenita läßt an eine gemeinsame Entstehungsursache denken. Die Arbeit soll eine Anregung sein, die Ätiologie der Weißfleckenkrankheit durch weitere Beobachtungen zu klären,

Schreyer-Berlin.

Digitized by Google

A. Jakubsohn: **Zur Frage der Acanthosis nigricans.** Russkaja Klinika. 1927. Bd. 8. Nr. 44.

27jährige Bäuerin, bei welcher infolge Achylie mehrfach positiver Reaktion Davis, schnell zunehmender Kachexie bei Lebzeiten eine maligne Geschwulst vermutet wurde. Gleichzeitig ließ die starke Pigmentation bei bestehenden Störungen der Menstruation und vorliegender Sympatikotonie, auf Störungen des endokrinen Systems schließen. Bei der Sektion bestätigten sich diese Vermutungen, da ein Ca des Magens mit vielen Metastasen, darunter auch in der rechten Nebenniere und Veränderungen der Plexus solaris festgestellt werden konnten. *A. Jordan.*

Mario Artom: **Beitrag zum Studium der Acanthosis nigricans.** Giorn. ital. di Dermatol. Bd. 69. H. 2. S. 184. 1928.

Nach kurzer Darstellung unserer Kenntnisse über die Acanthosis nigricans und besonders der Hypothesen über die Ätiologie der Krankheit, teilt *Artom* zwei eigene Beobachtungen mit: Bei dem ersten Fall, einem 63jährigen Mann, begann die Krankheit vor 15 Jahren. Deutliche Zeichen von körperlicher und geistiger Unterentwicklung mit degenerativen Erscheinungen. In letzter Teit traten plötzlich Krankheitserscheinungen auf, welche zur Diagnose eines Magenkarzinoms führten. Bei der Autopsie wurde ein Kardiakarzinom mit Metastasen in der rechten Nebenniere gefunden.

Der zweite Fall betrifft eine 31jährige Frau mit deutlicher Schlaflosigkeit und Zeichen einer Neuropathie. Die Acanthosis trat im Alter von 10 Jahren auf. Bei diesem Fall zeigte die Hauterkrankung bestimmte Eigenheiten: sie war auf die Achselhöhlen und Brustwarzen beschränkt und zeigte an letzteren einen eigenartigen papillomatösen Zustand. Wiederholte Untersuchungen und der klinische Verlauf ließen einen Tumor der inneren Organe ausschließen.

Artom nimmt an, und zwar auf Grund der Angaben in der Literatur und der eigenen Beobachtungen, daß die Grundlage der Acanthosis nigricans eine Störung der formativen Entwicklung des Individuums darstellt, welche gleichzeitig eine Prädisposition für die Hautkrankheit und für die krebsbildende Form bildet und fügt den von *Darier* angegebenen Hypothesen eine neue hinzu, welche für beide pathologischen Erscheinungen einen gemeinsamen konstitutionellen Faktor annimmt.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Mario Artom: **Zwei Fälle von Acanthosis nigricans.** Giorn. ital.di Dermatol. Bd. 68. H. 6. S. 1652. 1927.

Der erste Fall betrifft einen 66jährigen Mann, bei dem ein Magenkarzinom bestand, der zweite Fall ein 21jähriges Mädchen, welches wegen einer Pityriasis rosea behandelt wurde und bei der eine auf die Achselhöhlen und die Mammagegend beschränkte Acanthosis nigricans festgestellt wurde. Bei dieser Patientin wurde ein Karzinom nicht gefunden.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

A. v. Karwowski: **Zur Frage der Erythrocyanosis crurum puellaris.** D. W. 1927. Nr. 34.

Um festzustellen, wie häufig eine livide Verfärbung der Unterschenkel bei Frauen überhaupt bemerkt wird, wurden 48 Patientinnen daraufhin untersucht und die typischen Symptome dieses Krankheitsbildes, das in

Digitized by Google

der Literatur noch nicht genügend präzisiert ist, festgelegt. Es handelt sich um eine symmetrische Zyanose mit erhöhter Konsistenz der Haut. Knotige Verdickungen und Ulcerationen fehlen. Die befallenen Stellen geben das Gefühl eisiger Kälte und grenzen sich scharf von der normalen warmen Haut ab. In der Mehrzahl der Fälle findet sich Hyperkeratose der Haarfollikel. Ätiologisch scheinen Tuberkulose, Kältewirkung, durchgemachte Polyarthritis rheum. oder verminderter Kalkgehalt des Blutes für reine Erythrozyanosisfälle nicht in Betracht zu kommen. Verf. glaubt vielmehr, daß die schlechte Blutzirkulation bei Frauen mit endokrinen Störungen und die Kältewirkung an der zur Blutstauung neigenden Haut der Unterschenkel zusammen wirken und so das Krankheitsbild hervorrufen. *Schreyer*-Berlin.

Nardelli Leonardo: **Beitrag zur Kenntnis der Erscheinungen der Erythrozyanose der unteren Extremitäten.** Giorn. ital. di dermatol. 1928. Bd. 69. H. 1. S. 81. 1928.

Nardelli untersucht an Hand der neueren Literatur die verschiedenen beschriebenen Symptome und die Ansichten über die Ätiologie und Pathogenese der Veränderungen der kapillaren Zirkulation und des lokalen Trophismus der unteren Extremitäten und unterscheidet an Hand von 26 eigenen Beobachtungen folgende drei Typen: die einfache funktionelle Akrozyanose, die infiltrative Akrozyanose mit elastischem Ödem und die lokale Adipositas mit infiltrativer Akrozyanose.

Was die Ätiologie und Pathogenese betrifft, so stellt *N.* fest, daß bei vielen Fällen die Tuberkulose die direkte oder indirekte Ursache durch ihre Wirkung auf das kapillare Gefäßsystem oder auf dem Wege über das neurovegetative System oder das Lymphsystem darstellt. Aber bei allen Fällen findet man auch ursprüngliche Veränderungen am neuroendokrinen System, welche zwar nicht immer formell auf lokale Veränderungen an einer Drüse sich zurückführen lassen — das macht der komplizierte Zustand der Beziehungen und die Mangelhaftigkeit der klinischen Untersuchungsmethoden unmöglich —, welche aber den ätiologisch wichtigsten Faktor für die hier in Frage stehende Affektion darstellen: vor allem scheinen von den endokrinen Drüsen die Geschlechtsdrüsen, die Thyreoidea und die Gl. pituitaria post. in Frage zu kommen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Benjamowitsch u. *Maschkilleison:* **Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Anetodermia erythematosa Jadassohn. (Atrophia cutis maculosa idiopathica.)** Venerologia u. Dermatologia. 1928. Nr. 4.

Da die idiopathische, fleckenförmige Atrophie der Haut oder die Anetodermia erythematosa Jadassohn, sowohl klinisch als histologisch unter minimalen, entzündlichen Erscheinungen auftreten kann, erscheint das Beiwort „erythematosa" nicht angebracht. Die allgemeine Ansicht, daß bei der Anetodermie die Hauptveränderungen das elastische Gewebe betreffen, ist nicht immer richtig, da die Veränderungen des kollagenen Gewebes zuweilen denjenigen des elastischen Gewebes nicht nachstehen. Beide Prozesse, d. h. die Veränderungen des Elastins und die Degeneration des Kollagens, scheinen eine allgemeine Ursache zu haben und verlaufen unabhängig voneinander und nur das im Endstadium der Erkrankung auftretende narbige Bindegewebe, welches das degenerationsbasophile

Digitized by Google

Kollagen ersetzt, wird von dem veränderten, zerfallenen Elastin (Kollastin) durchsetzt. Die im beobachteten Fall ganz eigenartige Degeneration des kollagenen Gewebes wird charakterisiert durch das Vorkommen von herdförmigen, basophilen, nicht homogenen, sondern aus einzelnen, gut unterschiedenen Fragmenten (Klumpen und Körnern) zusammengesetzten Bezirken, welche keine der für das elastische Gewebe spezifischen Färbungen annehmen. Beide der histologisch untersuchten Fälle ergaben im Endstadium das für die Anetodermie spezifische *Oppenheim*sche Symptom des Vorhandenseins von Fett in den verschiedenen Schichten der Haut.
A. Jordan-Moskau.

A. F. Slatmann: **Ausgebreitete Pigmentation der Haut im Zusammenhang mit Amenorrhoe.** D. W. 1927. Nr. 50.

Während einer monatelang andauernden Amenorrhoe bildete sich bei einem 19jährigen Mädchen eine beinahe ununterbrochene Pigmentation der Haut aus mit leicht zyanotischer Färbung und Fehlen jeglicher subjektiver Empfindungen. Ursache waren zahlreiche, wiederholte subkutane Blutergüsse, wie sie bei Erkrankung des Gefäßsystems und der blutbildenden Organe infolge Fehlens des Ovarialhormons beobachtet werden. Mit Wiedereintritt der Menses nach Ovarinmedikation und subkutanen Pituglandolinjektionen bildete die Dermatose sich allmählich bis auf kleine Herde von blasser Pigmentation und unbedeutender Rötung zurück. *Schreyer*-Berlin.

J. Lewin: **Zur Ätiologie, Pathogenese und Klinik der Elephantiasis.** Kasanskij Medicinskij Journal. 1928. Bd. 24. Nr. 3.

Verf. berichtet über eine ganze Reihe von Beobachtungen von Elephantiasis, darunter 5mal auf syphilitischer Grundlage, 2mal auf tuberkulöser Basis, 1mal nach Typhus und 1mal in Verbindung mit myxödematösen Schwellungen. Wenn auch alle diese verschiedenen Ursachen die Entwicklung des elephantiastischen Prozesses beschleunigten, so ist Verf. doch der Ansicht, daß die Streptokokken- bzw. Kokkeninfektion eine sehr wichtige, wenn nicht die Hauptrolle abgibt. *A. Jordan*-Moskau.

Alexander Dombrowsky: **Über die Recklinghausensche Krankheit.** D. W. 1927. Nr. 44.

Es wird angenommen, daß Alkoholismus, Tuberkulose und wahrscheinlich Lues die Entwicklung des ektodermalen Keimblattes ungünstig beeinflussen und damit in der Ätiologie des Mb. Recklinghausen eine Rolle spielen. Zwei Fälle werden mitgeteilt, bei denen Alkoholismus in der Aszendenz bestand und die beide außer multiplizierten Geschwülsten, Pigmentflecken und Abschwächung des Intellekts noch schwere Störungen im Organismus aufwiesen. Bei beiden Schwestern bestand Tuberkulose; außerdem wurden am Knochen- und Gefäßsystem luesverdächtige Symptome nachgewiesen. Eine Abhängigkeit von Störungen im endokrinen System wird abgelehnt. *Schreyer*-Berlin.

Gabelow: **Purpura annularis teleangiectodes Majocchi.** Venerologia und Dermatologia. 1928. Nr. 4.

Ein Fall von Purpura Majocchi bei einem 25jährigen Mann, bei dem Anzeichen sowohl von Tuberkulose, als Syphilis fehlten, so daß Verf. die Erkrankung mit einem chronischen Magendarmleiden in Verbindung bringt. *A. Jordan*-Moskau.

Digitized by Google

Aslwazalurow u. *W. Kasakow:* **Purpura annularis Majocchi und deren Beziehung zur Schambergschen Krankheit.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 12.

Beschreibung dreier Krankheitsfälle bei Männern im Alter von 37, 27 und 27 Jahren, von denen der erste Fall einer Purpura Majocchi, die beiden andern Fälle der *Schamberg*schen Abart entsprechen. Der Verf. sieht beide Krankheiten als identisch an und faßt die erstere als beginnende *Schamberg*sche Krankheit auf. *A. Jordan*-Moskau.

Schamberg: **Report of three cases of Progressive Pigmentary Dermatosis, with particular reference to the blood cholesterol. (Bericht über 3 Fälle von: Dermatosis pigmentata progressiva mit besonderer Berücksichtigung des Blutcholesterolgehaltes.)** The B. j. o. D. a. S. 1927. 10.

Diese so vom Verf. 1901 benannte Dermatose äußert sich im Auftreten großer kaffeefarbiger Flecke mit rötlichen Punkten in weiterer Umgebung der Flecke. Sich vergrößernd wachsen Flecke, die nicht jucken, manchmal zusammen. Oft sind Gallenbeschwerden zugleich vorhanden. Zustand währt viele Wochen. Keinesfalls handelt es sich um Blutextravasat in Haut. Verf. stellte in drei eigenen neuen Fällen bedeutend vermehrten Cholesterolgehalt des Blutes fest bis 300 mg in 100 ccm, während Cholesterolgehalt bei 39 an anderen Hautleiden Erkrankten wesentlich geringer ist, etwa 160 mg. Er bittet vorkommendenfalls Cholesteroluntersuchungen quantitativ vorzunehmen, auch müßte man noch feststellen, ob Cholesterol oder Derivate von ihm die Hautläsionen setzen.
Siegfried-Aachen.

Harry Geisler: **Zur Frage der Poikilodermia atrophicans vascularis (Jacobi).** D. W. 1927. Nr. 33.

Es wird über einen Fall von Poikilodermia atrophicans vascularis berichtet, der seit 25—30 Jahren unbehandelt besteht und nie subjektive Beschwerden verursacht hat. Die atrophische Haut des linken Oberarms und der hinteren Rumpfseite zeigt verschiedene Pigmentationsgrade, dazwischen Depigmentation und innerhalb der Verfärbungen zahlreiche Teleangiektatien. Das nävusartige, die Beschränkung auf die linke Körperseite und Begrenzung mit der Medianlinie, ähnlich wie beim Herpes zoster, fällt auf und läßt an eine keimplasmatisch angelegte Erkrankung denken, eine Auffassung, wie sie auch von *Oppenheim* ganz allgemein für die Atrophodermien vertreten wird. *Schreyer*-Berlin.

S. A. Glaubersohn: **Beitrag zur Ätiologie der lineären Atrophodermien.** Ann. de Derm. et de Syph. 1927. Nr. 12.

Die Striae distensae cutis fanden sich bei einem 11jährigen Mädchen mit Lues congenita seltsamerweise im Gesicht; sie waren in den ersten Lebensmonaten entstanden. Vorher war eine eitrige Erkrankung der unteren Gesichtshälfte aufgetreten. In dem vorliegenden Falle sind die Striae zweifellos syphilitischen Ursprungs. Die Syphilis hat entweder direkt oder auf dem Wege über die endokrinen Drüsen zum Untergang der elastischen Fasern geführt. Die eitrige Erkrankung hat wohl auslösend gewirkt. *Zurhelle*-Bonn.

Digitized by Google

N. Auderson: **Pathologie und Histologie der Cutis verticis gyrata.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 1.

Nach genauer Literaturangabe beschreibt Verf. eine eigene Beobachtung, betreffend eine 43jährige Arbeiterin. Die histologische Untersuchung ergab bedeutende Verdickung des Korium, starke Entwicklung der Haarfollikel, der Talgdrüsen, wie der Mm. arrectores pilorum und völliges Fehlen irgendwelcher Zeichen von Entzündung oder eines degenerativen Zustandes der Zellen. Bei einem Vergleich des Präparates von der Cutis verticia gyrata mit normaler Haut wurde in dem ersteren bloß eine diffuse Hypertrophie aller Bestandteile der Haut konstatiert. *A. Jordan*-Moskau.

Weber: **A note on the nature of Cutis verticis gyrata (Bulldog Scalp) and Cutis striata or Cutis sulcata, and particularly on their occurence in Acromegaly. (Ein Beitrag zur Natur der Cutis verticis gyrata (Bulldoggenscheitel) und der Cutis striata oder Cutis sulcata, und besonders zu ihrem Vorkommen bei Akromegalie.)** The B. j. o. D. a. S. 1928. 1.

Cutis verticis gyrata ist als angeborener oder erst später sich manifestierender angeborener Defekt anzusehen, was ihre Vergesellschaftung mit Naevis, Adenoma sebaceum und auch mit mentalen Abnormalitäten, wie sie gar nicht so selten beschrieben wurden, andeutet (Epilepsie und Imbezilität). Da weiter es sich bei Cutis verticis gyrata um Verdickung des kutanen Bindegewebes handelt ebenso wie bei Akromegalie, so ist das Vorkommen beider Krankheiten bei demselben Individuum zu erwarten, verursacht durch adenomtöse Degeneration des sich vergrößernden vorderen Lappens der Hypophyse. Für all diese Assoziationen führt Verf. Beispiele aus der Literatur an. *Siegfried*-Aachen.

G. Mestchersky: **A. Devergie, der erste Autor der Cutis verticis gyrata.** Ann. de Derm. et de Syph. 1927. Nr. 11.

Die Erkrankung, welcher *Unna* im Jahre 1907 den Namen Cutis verticis gyrata gab, wurde bereits von *A. Devergie* in seinem 1854 erschienenen Traité pratique des maladies de la peau genau beschrieben.

Zurhelle-Bonn.

Goldsmith: **Congenital Keratoses with Bullae. (Angeborene Keratosen mit Blasenbildung.)** The Br. j. o. D. a. S. 1928. 2.

Veranlaßt durch einen neuen Fall, der genau geschildert ist, geht Verf. die bisherigen 28 hierher gehörenden Kasuistiken der Literatur kurz durch, die er fast alle als ichthyosiforme Erythrodermien ansieht, um zu dem Schlusse zu kommen, daß man dem Begriff „Ichthyosis bullosa" fallen lassen solle. Wenn sich zurzeit auch noch keine strenge Grenzlinie ziehen lasse zwischen der Ichthyosis congenita und der ichthyosiformen Erythrodermie, so muß man Blasenbildung doch nur der Keratose der letzteren Form zusprechen, denn Bullae hängen mit übermäßiger Schweißbildung in allen diesen Fällen zusammen, und diese ist immer bei der Ichthyosis herabgesetzt bzw. fehlend, während bei den ichthyosiformen Erythrodermien gerade Hyperhidrosis kennzeichnend ist. Dazu kommt noch, daß die Granular- und Retikulärschicht der Epidermis bei ichthyosiformer Erythrodermie verdickt sind, so daß sie eine Barriere bilden zwischen den Blutkapillaren der Cutis und den aus exzessiver Schweißbildung entstehenden epidermalen Blasen, deren Inhalt infolgedessen nicht der Heil-

Digitized by Google

wirkung der Antikörper des Blutes zugänglich gemacht werden kann, wodurch sich wieder das schnelle Septischwerden der Blasen erklärt. Die Blasen sind naturgemäß mit sich zersetzenden Epitholbestandteilen angereichert, die für Bakterien einen günstigen Nährboden abgeben. Die Fälle mit spontan entstehenden Blasen ohne Pyokokkeninfektion will Verf. dem Pemphigus reserviert wissen. Seinen eigenen Fall, der eine Hystrixform von kongenitaler ichthyosiformer Erythrodermie betraf, auf der zeitweilig unter Fieberattacken Blasen aufschossen mit Streptokokken, betrachtet Verf. als Impetigo modifiziert durch den keratotischen Boden, als Koinzidenz zweier Krankheiten. Die fast 18 Seiten lange Arbeit bringt dann noch 30 Literaturangaben. *Siegfried*-Aachen.

Mac Leod: **Note on two cases of Ichthyosis bullosa. (Bemerkungen zu zwei Fällen von Ichthyosis bullosa.)** The Br. j. o. D. a. S. 1928. 2.

Mädchen von 6 Jahren und Knabe von 9 Monaten, beide mit fast allgemeiner Ichthyosis und Blasen an Stellen besonders, die leicht Trauma ausgesetzt sind. Ihre Größe von Sixpence- bis Halbkronengröße. Wo Blasen aufbrachen, hinterließen sie entzündete feuchte exkoriierte Oberfläche, die nach allmählichem Trocknen schuppend und dann wieder ichthyotisch wurde. Blasen zeitweilig verschwunden. Allgemeinzustand der Kinder gut. Traumatische Ätiologie zusammen mit schlaffer Beschaffenheit der Blasen läßt an Verwandtschaft mit Epidermolysis bullosa denken. Wenn auch Probeschnitt verweigert wurde zur mikroskopischen Untersuchung, so weckt die Art der Ablösung der verdickten Epidermisschichten Verdacht auf verringerten Zusammenhang zwischen Korium und Epidermis, wie bei Pemphigus traumaticus. Vielleicht läßt sich der Zustand auch erklären (jedenfalls für Blasen, die wohl nicht an Traumastellen entstanden) durch übermäßige Schweißbildung zusammen mit Blockierung der Schweißausführungsgänge infolge ichthyotischer Keratose. Indessen fehlte in unseren beiden Fällen wahrnehmbare Schweißproduktion. Das ganze Krankheitsbild bleibt also in beiden Fällen unklar. (Vergleiche vorhergehendes Referat. Referent.) Dazu 6 Literaturen und 8 Abbildungen. *Siegfried*-Aachen.

Fr. Kogoj: **Die Dyskeratose.** Ann. de Derm. et de Syph. 1927. Nr. 6. S. 361.

K. rechnet zur Dyskeratose wohl die Hyperkeratose als auch die Parakeratose, aber auch alle anderen Formen abnormer Keratinisation. Er bespricht eingehender den Morbus Darier, die Paget-Erkrankung, die *Bowen*sche Krankheit, das Molluscum contagiosum und das Epitheliom und kommt zu dem Schluß, daß die Paget- und *Bowen*-Zelle nicht dyskeratotisch seien, wenn auch dyskeratotische Zellen bei diesen Krankheitsbildern nicht ganz fehlen. *E. Zurhelle*-Bonn.

A. Gram: **Über Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmaris et plantaris.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 9.

Die in der Überschrift genannte Hautveränderung fand sich beim Vater und bei der Tochter und ließ sich bereits in der 3. Generation feststellen. Störungen seitens der endokrinen Drüsen oder des Nervensystems waren nicht zu eruieren, so daß die Ursache unbekannt blieb. Beim Vater war das Leiden noch durch Bildung zahlreicher Hauthörner kompliziert. *A. Jordan*-Moskau.

Digitized by Google

Mazzanti, C.: **Über einen Fall von Keratosis spinulosa bei einem Individuum mit Infantilismus.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1460.

Mazzantis 14jähriger Patient weist seit 2 Jahren eine aus prominenten harten, hornigen, konischen, bis zu 4 mm langen Bildungen bestehende Dermatose auf; die hornigen Prominenzen entwickeln sich aus dem Haarfollikel. Die Haut hat durch diese Affektion eine raspelartiges Aussehen bekommen. Gleichzeitig bestehen Anzeichen von Infantilismus geringe Größenentwicklung, dünne, blasse Haut; Vermehrung des subkutanen Fettpolsters besonders in der Gegend der Geschlechtsorgane und Mammae; mangelnde Entwicklung der Genitalien, absolutes Fehlen der sekundären Geschlechtscharaktere; kein Geschlechtstrieb; mangelnde Intelligenz. Die Anamnese ergibt eine Meningo-Enzephalitis in der Kindheit, als deren Folgen konvulsive Anfälle, allmähliche Verminderung des Sehvermögens, unvollständige Atrophie der Nervi optici. Röntgenologisch: sackförmige Sella turcica vom infantilen Typus.

Es handelt sich demnach wohl um einen pluriglandulären Infantilismus vom *Lorain*schen Typus mit starker Beteiligung der Hypophyse. Offenbar stellt die Vergesellschaftung der Keratosis spinulosa mit den Symptomen des Infantilismus kein zufälliges Vorkommnis dar.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Johann Almquist-Stockholm: **De la leucodermie et de la melanodermie dans differentes affections cutanées.** Acta dermat.-ven. 1927. Vol. 6. Heft 2.

Verf. teilt sein Exposé ein in 1. Pigmentveränderungen der Haut nach vorgängiger Alteration derselben, ohne daß Narbenbildung vorliegt und 2. in solche, bei denen es zur Narbenbildung gekommen ist. Von den Pigmentveränderungen der ersten Klasse bespricht er besonders ausführlich und an erster Stelle die durch die Syphilis bedingten: Er teilt sie ein in „Leukodermien" (Leucoderm. syph.) und „Melanodermien", d. h. die durch die Lues bedingte Hyperpigmentierungen. Um die Leukodermie herum, an deren Rande findet man manchmal ebenfalls Hyperpigmentierungen, die Verf. zum Unterschiede von den anderen als „Hyperpigmentation leucodermique" bezeichnet. Als Ursache des Leucoderma syph. faßt Verf. die Toxine der Spirochäten auf, die von den Roseolen aus in deren Umgebung diffundieren und das Pigment zerstören. An der Peripherie dieser entfärbten Teile ist dann das Gift nicht mehr stark genug, um die Epidermiszelle im Sinne das Pigmentverlustes zu schädigen; wir finden vielmehr hier nur mehr eine *stimulierende* Wirkung, anregende Wirkung auf die Pigmentbildung: Es resultiert die „Pigmentation peri leucodermique". Etwas anders denkt sich Verf. die Entstehung der Melanodermien bei der Lues. Hier gesellt sich zu der toxischen Wirkung der Spirochätentoxine noch eine andere hyperpigmentierende Kraft, nämlich die Infiltration der Haut durch die Lymphozyten, Plasmazellen und fixen Bindegewebszellen. Diese Infiltration bewirkt eben die Pigmentation, deren Stärke derjenigen der Zellinfiltration direkt proportional ist. Offenbar entstehen aus der Decomposition der Eiweißsubstanzen bei der Rückbildung der Papeln die Aminosäuren und das Dopa, das sich dann nach *Bloch* in Melanin umwandelt. Wir haben also in den sekundär syphilitischen Effloreszenzen zwei antagonistisch wirkende Kräfte. a) Die depigmentierende, zum Leukoderm führende, durch die Spirochätentoxine,

Digitized by Google

in der nicht sehr stark infiltrativen Roseola erzeugte und b) die hyperpigmentierende, im syphilitischen papulösen Zelleninfiltrat erzeugte. Ist das Infiltrat gering (Roseolen), so resultiert eine „Leukodermie"; ist es stark, so resultiert eine „Melanodermie". Eine Ausnahme hiervon bilden die Plaques muqueuses ad anum et genitale. Hier sind die Stärkenverhältnisse des Infiltrats verschieden und daher findet man hier verschiedene Zustände: sei es normale Pigmentation, sei es De- oder Hyperpigmentation nebeneinander. Verf. bespricht dann noch die „Melanodermie" und „Leukodermie" bei der Psoriasis, Parapsoriasis, dem Lichen simplex chronicus, dem Lichen ruber, der Pityriasis rosea und der Mikrosporie und illustriert das Gesagte durch vorzügliche Abbildungen. An zweiter Stelle erörtert er dann noch die mit Narbenbildung einhergehenden Pigmentveränderungen der Haut (bei Lues III, bei Pediculi vestimentorum usw.), die er als „Leucodermie cicatricielle" resp. „Melanodermie pericicatricielle" bezeichnet wissen will.

Arthur Alexander-Berlin.

D. Worokow: **Über das Chrysarobin - Pseudoleukoderm und die Beziehungen des Chrysarobins zu einigen Depigmentationen von primärem und sekundärem Charakter.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 10.

Die histologische Untersuchung von 60 Psoriasisfällen ergab, daß nicht nur die Flecke des Leukoderma psoriaticum, veranlaßt durch Chrysarobin, sondern auch der pseudo-atrophische Rand um dieselben, das Chrysarobin nur schwach annehmen, was somit den Befund von *Patschke* bestätigt, daß das Chrysarobin ein Protoplasmagift ist, denn die Hornschicht der depigmentierten Flecke geht mit dem Chrysarobin keine Eiweißbindung ein. *A. Jordan*-Moskau.

H. Ch. Schreus: **Zwei Fälle von klimatischen Bubonen. (Lymphogranulomatosis inguinalis.)** D. W. 1927. Nr. 38.

In den südlichen und tropischen Ländern ist der klimatische Bubo ein bekanntes und unter schweren Allgemeinsymptomen verlaufendes Krankheitsbild. Verf. beobachtete zwei Fälle, von denen der eine, in Südamerika infiziert, sich zu einem schweren Krankheitsbild mit Temperatur bis über 40°, Kopf- und Gliederschmerzen entwickelte; der zweite, in Belgien infiziert, ohne besondere Beschwerden verlief. Ausstrichpräparate und Tierversuche ergaben ein negatives Resultat. Ausspritzung der eröffneten Erweichungshöhle mit Aqu. dest. und nachfolgende Jodoformglyzerintamponade zeigten guten therapeutischen Erfolg. *Schreyer*-Berlin.

Sven Hellerström-Stockholm: **A case of Lymphogranuloma „inguinale" in the axillary glands after an infection received on enucleating a hand bubo (Bubo Strumosa).** Acta dermat.-v.n. Bd. 8. Heft 5. Jan. 1928.

Bericht über eine Berufsverletzung eines Kollegen, die vor 22 Jahren im Krankenhaus St. Göran erfolgt war. Der betreffende Arzt hatte bei einer Bubooperation sich am Finger verletzt und einige Zeit später — wie lange hatte er vergessen, es waren etwa zwei Wochen — einen Achseldrüsenbubo bekommen, der operativ angegangen werden mußte. Die entfernten Drüsen wurden jetzt, in Alkohol eingelegt, dem Verf. übergeben und ergaben histologisch das Bild des Lymphogranuloma inguinale. Die Reaktion nach Frei auf Lymphogranuloma war bei ihm noch jetzt nach so langer Zeit positiv. *Arthur Alexander*-Berlin.

Digitized by Google

L. Sobolew: **Lymphogranulomatosis inguinalis subacuta Nicolas-Favre, 4. vernerische Krankheit. Microporoadenitis inguinalis suppurativa.** Wratschebuaje Delo. 1927. Nr. 23/24.

Verf. berichtet über drei eigene Fälle und gedenkt noch eines vierten von Gort*schekow*, welche die ersten in SSSSR mitgeteilten bilden, gibt an der Hand dieser Fälle eine genaue kritische Beschreibung dieser Krankheit und hält die Bezeichnung Microporoadenitis inguinalis suppurativa als die beste für diese Krankheit. *A. Jordan.*

Demonstration klinischer Fälle. The B. j. o. ven. d. 1926. 5.

Hanschell: 1. Chinese mit Granuloma pudendi, geheilt mit Antimonium tartaricum intravenös. 2. Geistig minderwertiger, sonst gut gewachsener Knabe mit allen kongenitalluetischen Stigmen, der zurzeit spez. Nekrose des vorderen Oberkiefers zeigt. *Manson*-Bahr erläutert genau Behandlung des Granuloma pudendi und seine Klinik. *Siegfried*-Aachen.

Manson-Bahr: **On ulcerating Granuloma of the pudenda. (Über ulzerierende Granulome der Schamgegend.)** The B. j. o. ven. d. 1927. 1.

Obiges Leiden ist ein ausgesprochen tropisches und wird meistens durch Kohabitation erworben. Es handelt sich um weiterfressende Geschwüre, die große Ausdehnung gewinnen können, teilweise oberflächlich granulieren, um dann plötzlich wieder niederzubrechen. Bislang bestes Heilverfahren durch intravenöse Einspritzungen von Brechweinstein und äußerlich mit ebensolcher Salbe. Heilungen nicht zu selten. Histologisch kann man an Rhinosklerom denken. Organismen bislang nicht einwandfrei festgestellt. Zellnester wie die der Malpighischen Schicht bis tief ins Korium hinein, dabei dieses von runden und Plasmazellen infiltriert. Histologischer Schnitt beigegeben. Differentialdiagnostisch: Weicher Schanker, Primäraffekt, Karzinom. Diagnose klinisch oft schwer zu stellen. Verf. führt fünf Krankengeschichten an mit sehr schönen Abbildungen. Seine Eindrücke sind: Inkubation am Penis post Coitum 6—8 Tage, extragenital 12 Wochen. Fortschreiten der Geschwüre durch Unterminierung der intakten Haut. Lymphdrüsen mehr durch sekundäre Infektion in Mitleidenschaft gezogen. Wa.-R. negativ. Tiefe Fistelbildung bis Einbruch in Blase einmal. Antimonium tartaricum specificum, van Heyden 471 noch besser. Thyreoidintabletten sollen Epithelisierung fördern. 11 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

Gragerowa und *Kalina:* **Materialien zum Studium des serologischen Rhinoskleromnachweises.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 4.

Infolge einer Reihe von Versuchen überzeugten sich die Verf., daß die Komplementbindungsreaktion von Bordet-Glogow in der Tat die Spezifität des Bac. Frisch erweist. Es ist aber für die richtige Ausübung dieser Reaktion mit dem Bac. Frisch notwendig, das Antigon und den Ambozeptor streng zu dosieren. Wenn das klinische und histologische Bild der Erkrankung nicht genügend beweisend für ein Rhinosklerom sind, kann die *Bordet-Glogon*'sche Reaktion äußerst wertvoll für die Diagnose werden.

A. Jordan.

Franz Preiß: **Zur Klinik der großknotigen Form des Boeckschen Miliarlupoids, insbesondere zur Frage ihrer Abgrenzung vom Angiolupoid (Brocq-Pautrier).** D. W. 1928. Nr. 1.

Digitized by Google

Bei einer 44jährigen Frau bildeten sich allmählich in der Haut der linken Wange eine Anzahl gelblich-rötlicher Knoten von Erbsen-Walnußgröße, nachdem jahrelang eine unspezifische Granulationsgeschwulst der Mundschleimhaut derselben Seite bestanden hatte. Ein Zusammenhang zwischen dieser Schleimhautgranulation und den Tumoren bestand weder in genetischer noch in ätiologischer Beziehung. Daß diese Geschwulst zur großknotigen herdförmigen Art des *Boeck*schen Miliarlupoids zu rechnen waren, bewies die histologische Untersuchung durch den Befund von Epitheloid- und Riesenzellen, Lymphocyten und spärlichen Rundzelleninfiltraten. Zwischen Miliarlupoid und Tuberkulose bestanden keine Beziehungen. Vom Angiolupoid war die Geschwulst klinisch und histologisch streng zu trennen. Das Miliarlupoid ist vielmehr als eine Granulationsgeschwulst sui generis zu betrachten, die durch einen bisher unbekannten Mikroorganismus zur Wucherung angeregt wird. *Schreyer*-Berlin.

Peli Gino: **Lichen nitidus Pinkus.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 4. S. 1237.

Eingehende Darstellung der Klinik und Histologie des Lichen nitidus Pinkus. Anschließend Mitteilung zweier Fälle. Fall 1, 21jähriger Mann zeigt auf der Haut des Penis, auf dem vorderen Teile der Raphe des Skrotums und auf der Streckseite der Vorderarme, ganz symmetrisch angeordnet, stecknadelkopfgroße isolierte Papeln. Fall 2, einem gleichaltrigen Mann, waren außer Penis und Skrotum die äußeren Teile der Oberschenkel, das Gesäß, die Beugeseite der Vorderarme und die vorderen und hinteren Grenzen der Achselhöhle befallen. Auch hier besteht das Exanthem aus runden oder polyedrischen, nicht konfluierten, leuchtenden Papeln von graulicher oder graurötlicher Farbe. Die Papeln sitzen bei beiden Fällen extrafollikulär und zeigen eine Andeutung von Nabelung. Histologische und tierexperimentelle Untersuchungen ermöglichten es nicht, den Tuberkelbazillus nachzuweisen. Nach der Ansicht von *Peli* ist der Lichen nitidus Pinkus unter die Tuberkulide einzureihen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Bortnajew und *Tschirkina:* **Ein Fall von Lupus erythematodes acutus.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 3.

In einem, zur Sektion gekommenen Fall von Lupus erythematodes acutus wurden atrophische Prozesse im Plexus solaris gefunden, welche die Aufmerksamkeit auf sich lenkten. *A. Jordan.*

A. Stark: **Zur Frage des Erythema annulare centrifugum Darier.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Bd. VI. Nr. 3.

Auf Grund eines eigenen eine 60jährige Frau betreffenden Falles von Erythema annulare centrifugum Darier spricht sich Verf. dahin aus, daß diese Krankheit unter Bildung von roten Knötchen entsteht, welche die Neigung zu exzentrischer Ausbreitung und zentralem Rückgang unter Pigmentierung haben. Die einzelnen Herde können konflurieren. Die wichtigste Lokalisation dieser Dermatose ist auf dem Rücken und auf den unteren Extremitäten. In dem beschriebenen Fall gingen alle Erscheinungen in 20 Monaten zurück. *A. Jordan.*

Digitized by Google

G. D. Koehler-Zittau: **Ein Fall von Lupus erythematodes disseminatus acutus bei schwerer Depression mit Ausgang in Heilung.** D. W. Bd. 84. Nr. 2. 1927.

Es handelt sich um eine 51jährige Patientin, bei der bereits seit fünf Jahren ein Lupus erythematodes des Gesichtes und der Hände bestand. Während mehrerer Aufenthalte im Krankenhaus heilten die bestehenden Effloreszenzen meist mit guter Narbenbildung ab. Im Jahre 1925 erfolgte unter starker Gewichtsabnahme eine akute Aussaat von zahlreichen Lupus erythematodes-Efflorescenzen. Gleichzeitig bestand ein stärkere gemütliche Depression. Unter Trypaflavin-Chlorkalziuminjektionen und nachfolgender Chrysolganbehandlung besserten sich nicht nur die Hauptsymptome, sondern auch die psychische Verstimmung wurde behoben. Es ist in diesem Falle wohl anzunehmen, daß der akute Ausbruch des Lupus erythematodes zu einer allgemeinen Sepsis geführt hatte, die sich dann unter der spezifischen Behandlung wieder zurückbildete *Krüger*-Sagan.

A. Civatte: **Die Forschungen über die Ätiologie des Lupus erythematodes seit *20* Jahren.** Übersichtsreferat. Annales de Derm. et de Syph. Nr. 8—9. 1926.

Civatte würdigt zunächst die Begründung einer tuberkulösen Ätiologie: Klinische Tatsachen, Statistik, gemeinsames Vorkommen von Lupus erythematodes und Tuberkulose, die experimentellen Beiträge (*Gougerot, Ehrmann* und *Reines, Block* und *Fuchs, Cannon*) und bakteriologischen Befunde (*Arndt, Hidaka, Spiethof, Friedländer*), endlich die Art des Zustandekommens des Lupus erythematodes durch die Tuberkulose. Dann wendet er sich den Erklärungsmöglichkeiten einer nicht tuberkulösen Ätiologie zu: Lymphdrüsenerkrankung, Einwirkung von Lichtstrahlen auf toxische Substanzen in der Haut, Streptokokken-Infektion. *Civatte* denkt in erster Linie an Tuberkelbazillen mit abgeschwächtem Virus.

Zurhelle-Bonn.

Schtamowa: **Erythema annulare centrifugum squamosum.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 7.

Die drei männlichen Patienten des Verf. boten alle, die von *Darier* im Jahre 1916 für Erythema annulare centrifugum angegebenen Symptome nur mit dem Unterschied, daß die Affektion mit Schuppenbildung kompliziert war, so daß Verf. der Krankheit noch die Bezeichnung squamosum hinzufügt. *A. Jordan.*

T. Bydal: **Erfahrungen über Erythema nodosum und Tuberkulose.** Worsk Magazin f. Logevidenskoben. Jahrg. 87. S. 675.

Von 39 Individuen, die Erythema nodosum gehabt hatten, bekamen 16 (41 %) später exsudative Pleuritiden oder Tbc. pulm. Sechs wurden für Tuberkulosis verdächtig, so daß in allem die Hälfte (56,4%) eine tuberkulose Infektion bekamen. Man muß unbedingt alle Erythema nodosum-Kranken durch lange Zeit unter Observation für Tuberkulose halten.

A. Kißmeyer.

Cristeller: **Über Tuberkulose des Penis.** M. K. 1927. 40.

Kasuistik. Ursache: unzweifelhaft primäre Tuberkulose. Arteria dorsalis penis embolisch von einem unbekannten inneren Herd her, denn nur Versorgungsgebiet dieser Arterien ist befallen. Außerdem sind die frischesten

Digitized by Google

Veränderungen mehr im Endgebiet, die älteren mehr im Wurzelgebiet obiger Arterien, was eben für embolischen, arteriell-hämatogenen Ursprung spricht. *Siegfried*-Aachen.

M. J. Per: **Zum Studium der tumorartigen Formen der Hauttuberkulose. Ein seltener Fall von Tuberculosis cutis fungosa et vegetans (*Riehl*).** D. W. 1928. Nr. 7.

Ein Fall von Hauttuberkulose, der gleichzeitig an die hypertrophische Form des Lupus exulcerans und an die verruköse Hauttuberkulose erinnert, und der ausschließlich auf der rechten unteren Extremität lokalisiert ist, wird eingehend geschildert. Das Krankheitsbild bestand aus verschieden großen, weichen, isoliert stehenden Knoten mit zum Teil verruköser Oberfläche und tumorartigen Infiltraten, die eitriges Sekret absonderten. Histologische Untersuchung, das Fortschreiten in die Tiefe und in die Umgebung bei chronischem schmerzlosem Verlauf und positivem Resultat der Tuberkulinprobe bestätigten die Diagnose einer tuberkulösen Erkrankung. Trotz verschiedener Abweichungen entsprach das klinische Bild der fungösen Tuberkulose des *Riehl*schen Typus. In differential-diagnostischer Hinsicht werden eine Reihe von Dermatosen, die in der Literatur beschrieben sind, in Betracht gezogen, entsprechen aber nicht dem obengenannten Typus. Abbildungen. *Schreyer*-Berlin.

W. Pospeloff und *D. Krapnikoff:* **Ein Fall von Pityriasis rubra Hebra mit ungewöhnlichem Verlauf.** Acta dermato-ven. Bd. 8. H. 2. 1928.

10 Jahre beobachteter Fall. Patient hatte einige Flecken, die trotz der manifesten Hautatrophie zu Beginn der Beobachtung eine atypische Psoriasis vortäuschen konnten, während andere kleinere und frischere einem Ekzema seborrhoicum ähnlich sahen oder auch solchen Elementen, um denen sich späterhin ein Pityriasis rubra Hebra zu entwickeln pflegt. Jedenfalls erinnerten die Veränderungen zu jener Zeit in keinem Fallè an ein Syphilid. Im Laufe der Jahre entwickelte sich dann ein sehr charakteristisches Krankheitsbild, das auf der diffus geröteten Haut scheibenartige Herde in scharf begrenzter Weise darbot. Behandlung mit Pituitrin T und Thyreokrin, das Allgemeinbefinden bessert sich. Um die einzelnen Herde kann eine Pigmentierung verzeichnet werden, die jüngeren Elemente zeigen die Neigung zur Rückbildung. (Gute Abbildungen!)
Arthur Alexander-Berlin.

J. Nicolas und *F. Lebeuf:* **Psoriasis und Tuberkulose.** Ann. de Derm. et de Syph. Nr. 11. 1927.

Die Autoren untersuchten die Beziehungen von Psoriasis und Tuberkulose. Bei 54 Psoriatikern fanden sie in einem Drittel der Fälle abgeheilte oder in Entwicklung begriffene Tuberkulose; 32 mal (= in 59 %) war die Komplementablenkung auf Tuberkulose mit dem Antigen von *Besredka* positiv. So denken sie daran, daß die Tuberkulose bei der Ätiologie der Psoriasis eine Rolle spielen könne, wenn auch andere Faktoren in Betracht kommen. *Zurhelle*-Bonn.

Falchi: Giorgio **Klinische und histopathologische Beobachtungen über die Zungentuberkulose.** Boll. d. Soc. Med.-Chirurg. di Pavia. Jahrg. 42. H. 1. 1928.

Die Zungentuberkulose tritt in drei Formen auf. Die häufigste Form ist die ulzerative; sie schließt sich faßt immer an eine Lungentuberkulose

Digitized by Google

an; nur sehr selten tritt sie primär nach Infektion von außen auf. Neben den bekannten typischen Formen kommen auch atypische Herde vom miliaren akuten Typus, Infiltrate vom neoplastischen Typus und interstitielle Glossitiden vor.

Die gummöse Form ist selten; neben primärem und sekundärem Entstehen kommen auch Fälle unzweifelhaft vaskulären Ursprungs vor. Die Differentialdiagnose gegenüber Lues läßt sich durch die Serumreaktion, die Meerschweinchenimpfung und Biopsie entscheiden.

Die nodulare Zungentuberkulose (Lupus linguae) ist ungewöhnlich; sie ist von Interesse durch ihr ungewöhnliches (papillomatöses) Aussehen; die Herde entstehen solitär ohne gleichzeitige Haut- und Nasenschleimhauterkrankungen. Schwierigkeit der Differentialdiagnose gegen Lues und gutartige und bösartige Geschwülste. Auch die nodulären Formen können primär und sekundär auftreten; ihre Prognose ist eine gute; man erzielt am besten mit der chirurgischen Behandlung, aber auch durch physikalische Mittel, Heilung. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Arawiskij: **Zur Frage der primären epitheliomähnlichen tuberkulösen Geschwüre.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 5.

31jähriger, kräftiger und nicht Tuberkulose verdächtiger Hebräer erkrankte an einem Geschwür am Mundwinkel, welches durch seinen harten Grund, bei Fehlen von syphilitischen Zeichen, den Verdacht auf ein Karzinom erweckte. Bei der Impfung eines Meerschweinchens mit Eitersekret ging dasselbe aber an Miliartuberkulose ein. Patient ließ sich ungeachtet ernster Warnung, nicht mit Röntgenstrahlen behandeln und starb ein Jahr nach Beginn der Erkrankung an Miliartuberkulose, was durch die Autopsie bestätigt wurde. Die Frau des Kranken litt zurzeit seiner Erkrankung an galoppierender Schwindsucht, der sie dreiviertel Jahr vor dem Mann erlag. *A. Jordan.*

Blinder: **Zur Frage des Zusammenhangs der Hauttuberkulose mit Tuberkulose der inneren Organe.** Arbeiten des Odessaer Dermatolog. Venerolog. Instituts. 1927. S. 206.

Bei einer Gegenüberstellung der Fälle von Lupus vulg. und Lupus erythematodes fand Verf., daß die ersteren in 88,7 %, die letzteren bloß in 48,5 % von Tuberkulose der inneren Organe begleitet werden. Dementsprechend fällt die Pirquet-Reaktion bei ersteren in 85,6 %, bei letzteren in 35 % positiv aus. *A. Jordan.*

C. Berlaccini: **Eigenartige Form von Erythema induratum bei einem Patienten mit Erkrankung der endokrinen Drüsen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1928. Bd. 69. H. 2. S. 308.

Bei der 13jährigen Patientin mit Fettleibigkeit und Makrogenitosomie ergibt die Untersuchung eine Verkleinerung der Sella turcica, eine Persistenz des Thymusschattens, eine frühzeitige Ossifikation der Kopf-, Metakarpalknochen, der ulnaren und radialen Epiphysen, eine außerordentliche Toleranz gegen Kohlehydrate, eine leichte Sensibilität gegen Adrenalin, eher als gegen die vagotropen Mittel.

Seit eineinhalb Jahren finden sich an den Hinter- und Seitenflächen der Unterschenkel dunkelrote umschriebene erythemato-infiltrative Krankheitsherde mit kleinen Phlyktänen und oberflächlichen Ulzerationen.

Digitized by Google

Histologisch: eine sehr tiefreichende kleinzellige Infiltration, besonders um die Gefäße, welche die deutlichen Zeichen einer Endo- und Perivaskulitis zeigen. Keine Riesen- oder epitheloiden Zellen, keine Tuberkelbazillen. Die Meerschweinchenimpfung verlief negativ.

Es handelt sich demnach um eine Erythema induratum im weitesten Sinne, verschieden von der Form *Bazins* und in Abhängigkeit von endokrinen Störungen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Scholnik: **Schleimhautaffection bei Tuberkuliden.** Arbeiten aus dem Odessaer Dermatol. Venerolog. Institut. 1927. Bd. 1. S. 221.

Im ersten der beiden veröffentlichten Fälle fanden sich bei einem 8jährigen Knaben mit Tuberkuliden auf dem Gesicht, dem Rumpf und den Extremitäten, auch Knötchen auf der Oberlippe, wie der linken Mandel, wozu später noch ebensolche Knötchen auf der Unterlippe kamen. Tuberkulose der Bronchialdrüsen. Pirquet negativ. Im zweiten Fall, der den 5jährigen Bruder des ersteren betraf, bei dem außer Tuberkuliden auch eine Tuberkulose der Lungen und des Peritoneums konstatiert wurde, fanden sich ferner Knötchen auf der Schleimhaut des Auges. *A. Jordan.*

Giuseppe Bertaccini: **Beobachtungen über eine eigenartige Tuberkulidform bei einem Basedowkranken.** Giorn. ital. di Dermatol. 1928. Bd. 69. H. 2. S. 161.

Bei der 39jährigen, seit vier Jahren basedowkranken Frau entwickelte sich seit sechs Monaten eine zunächst auf den rechten Oberarm beschränkte Hauterkrankung; nach und nach Auftreten weiterer Herde, etwa 100 an Zahl, auf der ganzen Körperoberfläche, außer Gesicht, Palmae und Plantae. Die Herde haben Linsen- bis Skudogröße, sind rund, und haben einen erhabenen, kontinuierlichen, rötlichen Rand, nach innen zu einen kleinen Sulcus, von einer Kruste oder einem Schüppchen bedeckt, an dem manchmal in der prämenstruellen Periode Ulzerationsvorgänge stattfinden, im Zentrum ein blaurötliches glattes Gebiet, deutlich deprimiert und stark infiltriert. Die Herde wachsen sehr langsam, bisher heilte noch keiner ab. In der Prämenstruationsperiode zugleich mit akuten Erscheinungen an einzelnen Elementen Verschlechterung der Allgemeinerscheinungen der Basedowschen Krankheit: Agitation, Schlaflosigkeit, Tremor, Tachykardie, profuse Schweiße usw.

Histologisch: typisch tuberkuloide Struktur. An der peripheren Depression nekrotische Vorgänge. Die Untersuchung auf Kochsche Bazillen und Muchsche Granula, ebenso wie die Tierimpfungen, fielen negativ aus. Kutisreaktion mit menschlischem Tuberkulin positiv, mit Rindertuberkulin negativ.

Röntgenbestrahlungen der Thyreoidea (auf den rechten vergrößerten Lappen der Drüse) führten zu einer Besserung des Allgemeinzustandes und der Hauterscheinungen.

Bertaccini nimmt ein atypisches, den Sarkoiden *Boecks* verwandtes Tuberkulid an, welches sich aber von diesen prinzipiell durch die ulzerativen Erscheinungen unterscheidet.

Nach *Bertaccini* haben offenbar die toxischen Hormone der Basedowschen Krankheit prädisponierend und sensibilisierend für das tuberkulöse Virus gewirkt. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Digitized by Google

Wilhelm Richter: **Über Erythema annulare centrifugum unter besonderer Berücksichtigung der Ätiologie auf Grund von Untersuchung der interferrometrischen Abbauwerte nach Abderhalden, des Gasstoffwechsels usw.** D. W. 1927. Nr. 45 und 46.

An Hand von Krankengeschichten und Mitteilungen aus der Literatur werden neun in die Gruppe des Erythema annulare centrifugum gehörende Hauterkrankungen beschrieben. Ätiologisch kommt nicht eine einheitliche Komponente in Frage, sondern das Zusammentreffen mehrerer Faktoren. Um diese zu ermitteln, wurden sämtliche Untersuchungsmethoden herangezogen, die zur Klärung der Ätiologiefrage beitragen konnten: Untersuchung des hormonellen Abbaus nach *Abderhalden*, des Gasstoffwechsels unter Berücksichtigung des Grundumsatzes, Kutanreizproben mittels Hormone, Prüfung des vegetativen Systems und Mineralstoffwechsels, Feststellung des Schwellwertes der verschiedenen Hormone in bezug auf ihre Reizbarkeit, auf Blutgefäße und Lymphsekretion. Auf Grund positiver Befunde wird angenommen, daß durch Störungen im Zusammenwirken der Inkretionsvorgänge eine Disposition für die zum Teil dann von außen einwirkenden Schädigungen geschaffen wird. *Schreyer*-Berlin.

A. Selissky: **Zur Klinik und Pathogenese des Granuloma annulare.** Venerologia u. Dermatologia. 1928. Nr. 4.

Zur Entstehung des Granuloma annulare ist eine angeborene Disposition notwendig. Die Veränderungen im Bindegewebe bilden die Grunderscheinung, während diejenigen in der Epidermis nur sekundär (passiv) sind. In dem einen der vom Verf. beobachteten Fälle von Granuloma annulare war der Prozeß lokalisiert auf den Handflächen, hierbei wurden Bläschen und Börkchen im Zentrum der Papeln beobachtet. In beiden beschriebenen Fällen stand die Ätiologie in Verbindung mit Tuberkulose.
A. Jordan-Moskau.

Imschenetzki: **Ein Fall von Granuloma annulare.** Wratschebnoje Gaseta. 1928. Nr. 1.

Beobachtung eines Herdes von Granuloma annulare bei einem 2jährigen Mädchen auf dem linken Vorderarm. Pirquet —, Wa.R. —. Durch Exzision wurde Heilung erzielt. *A. Jordan*-Moskau.

Templeton: **Erythema elevatum diutinum.** The Br. j. o. D. a. S. 1928. 5.

Zur Klärung der Streitfrage, ob Erythema elevatum diutinum und Granuloma annulare identisch oder Einheiten für sich sind, gibt Verf. hier einen neuen Fall, um für Identität beider Läsionen eine Lanze zu brechen. Bislang galt, daß Erythema elevatum diutinum wohl, wie auch Granuloma annulare, eine Fibrosis des Koriums hinunter bis zur Subkutis darstelle, daß aber beim Erythema elevatum diutinum daneben keine Nekrosen sich fänden, wie man sie eben im Granuloma annulare antrifft. Angezogener Fall stellt klinisch ein klassisches Erythema elevatum diutinum vor: 20jährige Frau hat seit 4 Jahren an Dorsalseite des proximalen Gelenkes des vierten Fingers feste verdickte Geschwulst 1 : $1^1/_2$ cm. Geschwulst wie Knoten, scharf abgesetzt von Umgebung, mit normaler Hautfarbe. Keine Abschilferung, noch Jucken, noch Lichenifikation. Das mikroskopische Bild zeigt im typischen fibrösen Gewebe nekrotische Gebiete wie beim Granuloma annulare. Demnach meint Verf., wäre es

Digitized by Google

nicht ausgeschlossen, daß Granuloma annulare nur spätere Form des Erythema elevatum diutinum sei. Dazu entsprechender mikroskopischer Schnitt mit Nekrosen. *Siegfried*-Aachen.

H. P. Lie: **Tuberkulosis und Leprosy.** Acta dermato-ven. 1927. Bd. 8. Heft 1.

Danielssen und *Boek* haben 1847 in ihrem grundlegenden Werk typische tuberkulöse Veränderungen in gewissen Abdominalorganen und besonders in den serösen Häuten als leprös beschrieben. Spätere Beobachter haben dann die gleichen Prozesse in derselben Weise aufgefaßt und erst *Hansen* hat festgestellt, daß die Lepra in der Leber und Milz gar nicht in der Form von Knoten, wie man bisher immer annahm, erscheint, sondern als kleine Streifchen und Punkte mit derselben gelblichen Farbe, wie sie für die Lymphdrüsen charakteristisch ist. Früher ist die Tuberkulose unter den Leprösen in Norwegen sicherlich sehr verbreitet gewesen, jetzt dagegen sehr selten, und *Lie* hat in den letzten 30 Jahren nur einige Fälle mit den von *Danielssen* an den serösen Membranen beschriebenen Veränderungen gesehen. Leprariesenzellen findet man bei der Lepra rel. häufig, aber sie unterscheiden sich von der *Langhans*schen Tuberkulose-R-Zellen durch das Fehlen der Nekrose des Zellprotoplasmas und das Vorhandensein von hellgelblicher oder braungelben Granula in Häufchen und außerdem durch Vakuolen, welche Leprabazillen enthalten. Sie finden sich fast nur bei der nodulären, sehr selten bei der anästhetischen Lepra. Tuberkulöse R-Zellen hat Verf. in Lepraknoten so gut wie nie gefunden, dagegen bei der Lepra maculo-anaesthetica in 3 Fällen. Sie waren von *Langhans*schen R-Zellen nicht zu unterscheiden. Verf. gibt die genauen Daten dieser 3 Beobachtungen und verbreitet sich dann noch ausführlich über die Unterschiede zwischen Lepra- und Tuberkelbazillen.

Arthur Alexander-Berlin.

Schirwind: **Zur Frage der serologischen Reaktionen bei Lepra.** Prophylaktitscheskaja Medicina. 1928. Nr. 3.

Die vom Verf. mit möglichst frischen Seren von Leprösen angestellte Wa.R. fiel nach neueren Untersuchungen, im Gegensatz zu seinen früheren, nur in 6,4% bei Lepra positiv aus. Zur differentiellen Unterscheidung von Syphilis und Lepra eignen sich am besten die Wa.R., die aktive Methode *Bruck*, *Meinickes* DM. und MTR. *A. Jordan*-Moskau.

Rossow: **Zur Reaktion Muchow-Levy bei Lepra.** Venerologia u. Dermatologia. 1928. Nr. 2.

Verf. konnte bei seinen Versuchen die Angaben *Muchow-Levys* über eine neue serologische Methode zur Erkennung der Lepra, veröffentlicht in der Derm. Wochenschr. 1923. Nr. 42, nicht bestätigen. *A. Jordan.*

Levi Italo: **Beitrag zum Studium der Lepra in der Provinz Triest.** Giorn. ital. di Dermat. 1928. Bd. 69. H. 2. S. 292.

Seit 1900 wurden 9 Fälle von Lepra in Triest beobachtet, 8 stammten aus dem Auslande, einer aus Apulien. Bericht über einen Leprafall, der aus Korfu stammte, seit 1913 in Triest wohnte und fälschlich als Syringomyelie behandelt wurde, bis 1926 eine Lepra mixta festgestellt wurde.

Der Fall bietet Interesse einmal durch den histologischen Befund — Fehlen von Leprazellen, eine Anordnung des Infiltrates wie bei dem

Digitized by Google

*Boeck*schen Lupoid —, ferner durch den röntgenologischen Befund: es fanden sich an den Fußknochen, im Gegensatz zu den von *Deyke* beschriebenen Fällen, an den Metatarsen am distalen Ende eine auffallende Zerstörung und im Zentrum eine bemerkenswerte Verdünnung, während die proximalen Epiphysen und die Phalangen noch intakt waren.

In dem Drüsensaft aus einer hyperplastischen Inguinaldrüse fanden sich keine Leprabazillen.

Die 10 Familienmitglieder des Patienten (Gattin, 5 Brüder, 4 Söhne) zeigten keine Veränderungen an den Lymphdrüsen.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Soucek: **Masernbeobachtungen insbesondere über das Auftreten eines prodromalen Exanthems. M. K. 1927. 44.**

Gelegentlich einer Masernepidemie in Wien (Winter 1926—27) hatte Verf. Gelegenheit, außer sonstigen gelegentlichen Abweichungen vom gewöhnlichen Entwicklungsgang der Masern in mehreren Fällen ein prodromales Exanthem zu beobachten, das sich in stecknadelkopfgroßen, derben, blaßroten Knötchen ähnlich dem Lichen urticatus äußerte, dem erst später das typische Masernexanthem folgte unter vorläufigem noch Sichtbarbleiben des vorangehenden Ausschlages. Verf. konnte auf Grund dieser seiner neuen Erfahrung manchmal den Ausbruch der Masern voraussagen. *Siegfried*-Aachen.

P. Meineri: **Über einen Fall von Diabetid vom papulonekrotischen Typus Tommasis.** Giorn. ital. di dermat. 1928. Bd. 69. H. 2. S. 312.

Tommasi beschrieb 1921 (Giorn. ital. d. malatt. vener. S. 477) eine Dermatose vom papulo-nekrotischem Typus bei zwei Patientinnen mit Diabetes mellitus. Über einen anderen Fall berichtet *Meineri*. Der 70jährige Patient, starker Alkoholist (wie *Tommasis* Patientinnen), leidet seit einem Jahre an Diabetes, seit 7 Monaten an der Hauterkrankung, welche an den Beinen mit juckenden Herden begann und sich dann über den ganzen Körper ausdehnte.

Die Hautkrankheit setzt sich zusammen aus konischen Papeln auf einer leicht infiltrierten Basis. Nach 5—10 Tagen tritt ein nekrotischer Prozeß an der Spitze der Papel auf, welcher eine kleine Ulzerationsbildung veranlaßt; Abheilung mit einem pigmentierten Fleck. *Histologisch:* Verdickung der Epidermis, Parakeratose und an der Spitze der Papel ein Hornzapfen mit im Stratum Malpighi eingekeilten Kernen. In der Cutis perivasales Zellinfiltrat meist aus polynukleären Leukozyten mit eosinophilen Granulis.

Die Hauterkrankung zeigt deutliche Beziehungen zum Zuckerstoffwechsel; sie besserte sich zugleich mit der Besserung des Zuckerstoff wechsels auf Grund einer geeigneten Diät.

Die Haut zeigte bemerkenswerte vegetative Dysfunktionen: intensiven Juckreiz, sehr ausgesprochenen weißen Dermographismus, Abheilung der Hautherde mit Pigmentierung, eine Sensibilitätsstörung besonders gegen warm. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

S. A. Glaubersohn: **Beiträge zur Zosterfrage.** D. W. 1928. Nr. 4.

Es wird eine Übersicht über 140 beobachtete Fälle von Zoster, darunter 2 Fälle von Zoster bilateralis, gegeben, die zu Ende Sommer, im Herbst

Digitized by Google

und Frühling gehäuft auftraten. Zweimal wurden bei Kindern in der Umgebung des Erkrankten nach einer Inkubation von 16 resp. 13 Tagen Varizellen beobachtet, für die eine andere Infektionsquelle nicht ermittelt wurde. Auf die Frage des Zostervirus soll in einer zweiten Arbeit eingegangen werden. *Schreyer*-Berlin.

S. A. Glaubersohn u. *R. A. Willfand:* **Beiträge zur Zosterfrage (II).** (Vorläufige Mitteilung.) D. W. 1928. Nr. 9.

Verf. berichten über eine gelungene Zosterimpfung am Menschen. Zosterbläscheninhalt, an zwei gesunde Säuglinge verimpft, ergab im ersten Fall Lokalreaktion und generalisierten Ausschlag, im zweiten Fall unspezifisch entzündliche Reaktion. Es werden eine Reihe von Fällen aus der Literatur angeführt, die ebenfalls die Infektivität des Zosters beweisen. Außerdem wird die infektiöse Zostertheorie durch das Blutbild, das sich im Anfang durch Hyperleukozytose, am Ende durch Eosinophilie kennzeichnet und durch die vorübergehende Lymphozytose im Liquor bestätigt. Als Angriffspunkt der Infektion ist das Nervensystem anzusehen.
Schreyer-Berlin.

Max Obermayer: **Zur Frage der Immunität nach Herpes zoster.** D. W. 1928. Nr. 9.

An Hand einer Krankengeschichte wird ein Fall von chronisch rezidivierendem Herpes zoster beschrieben, der die bisher noch vertretene Anschauung der Immunität nach Zoster widerlegt. Eine Störung in der Genitalsphäre scheint ätiologisch in Betracht zu kommen. Die einzelnen Schübe zeigen progressiven Charakter im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Zosterrezidiven. *Schreyer*-Berlin.

Joachim Arnesen: **Ein Fall von Zoster gangraenosus mit Veränderungen der Spinalganglien und des Rückenmarks.** Norsk Magasin f. Laegrnidenskoten. Jahrg. 87. S. 465.

Es wurde bei Sektion bei einem Fall von Zoster gangraenosus, der seit 4 Wochen bestand (bei einer 61jährigen Frau), Rundzelleninfiltration in Häufchen in den den Hautgeweben entsprechenden Spinalganglien gefunden in Verbindung mit Hyperämie und Rundzelleninfiltration der großen Hinterhörner in den entsprechenden Rückenmarkssegmenten. Mikroben wurden nicht gefunden. *A. Kißmeyer.*

Bedö: **Ein Beitrag zur Frage der Verwandtschaft von Variola vera mit Varizellen einerseits und Varizellen mit Herpes zoster andererseits.** M. K. 1927. 43.

Verf. hat prophylaktisch zwei „lymphatische" Kinder einer Familie, in der Varizellen herrschten, mit Höhensonne vorbestrahlt. Der nachfolgende Varizellenausbruch erwies sich darauf als ganz besonders schwer, so daß das Krankheitsbild völlig den Eindruck einer Variola vera machte. Er neigt dementsprechend der Ansicht *Sahkis* zu, der annimmt, daß zwischen Variola vera und Varizellen enge Beziehungen bestehen, derart, daß beide Krankheiten Modifikationen desselben Stammgiftes entspringen, dessen Virulenz nur qualitativen und quantitativen Schwankungen unterliegt. Dementsprechend fordert er Blatternimpfung bei Varizellenepidemien. Wieweit Varizellen und Herpes zoster zueinander in Beziehung stehen, läßt sich zurzeit noch nicht unterscheiden, zumal Herpes zoster im Gegen-

Digitized by Google

satz zu Varizellen durch Höhensonne günstig beeinflußt wird und weiter bei Varizellen (und auch bei Variola) verminderte Eosinophilie sich zeigt, bei Herpes zoster dagegen vermehrte. *Siegfried*-Aachen.

Kletetschka u. *Lucksch:* **Herpes zoster und Varizellen.** M. K. 1928. 13.

Zur strittigen Frage der Identität der hypothetischen Krankheitserreger obiger beiden Hautkrankheiten führen Verf. einen neuen Fall an; 48jähriger Gatte, der in Kindheit Varizellen durchmachte, erkrankte an Herpes zoster. Seine Frau, die vorher dagegen nie Varizellen hatte, erkrankte 13 Tage nach Zosterausbruch bei ihrem Manne ihrerseits an Varizellen, also nach der anerkannten Inkubationszeit. Es handelt sich also bei beiden Ehegatten um verschiedene Dispositions- bzw. Immunitätsverhältnisse: Mann hatte in Jugend Varizellen, Frau nicht. Verf. nehmen an, daß nach Überstehen der Varizellen im Kindesalter die Haut soweit immun wird, daß später bei der zweiten Infektion das eine Ektodermderivat, die Haut, in toto nicht mehr ergriffen wird, sondern nur noch das andere Hautderivat, das Nervensystem. Demnach hängt alles davon ab, ob Varizellen überstanden sind oder nicht, um im späteren Alter durch dasselbe Virus Zoster bzw. Varizellen entstehen zu lassen. *Siegfried*-Aachen.

T. Venturi: **Vorläufige Mitteilung über einige Fälle von zufälliger Vakzination.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1458.

Der erste Fall befand sich beim Eintritt in die Klinik schon im Immunitätsstadium; die Vakzineeinimpfung führte zu keiner Haftung; es trat eine Staphylokokkensepsis hinzu, welche zum Tode führte. Beim zweiten Falle handelte es sich, wie beim ersten, um eine schwere und heftige Vakzineerkrankung mit Ausbruch von Vakzinepusteln auf hämatogenem Wege. Auch bei diesem Kinde fiel die experimentelle Impfung mit Lymphe aus dem Berner Institut und Material der eigenen Pusteln negativ aus. Beim dritten Falle handelte es sich um eine viel zirkumskriptere Vakzine als bei den ersten beiden Fällen, ebenfalls um eine Übertragung auf Ekzemhaut. Erythematöser Schub auf hämatogenem Wege mit Temperaturerhöhung bis zu 39°. Im vierten und fünften Falle nur begrenzte und umschriebene Erkrankung der Genitalgegend mit leichtem Temperaturanstieg, ohne Komplikationen. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Casazza Roberto: **Betrachtungen im Anschluß an einen Fall von Dermatitis vegetans papillomatosa, hervorgerufen durch den Staphylokokkus pyogenes aureus.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 4. S. 1246.

Die Mitteilung eines Falles von Dermatitis vegetans papillomatosa, der durch den Staphylokokkus pyogenes aureus hervorgerufen wurde (Sitz am Rücken der rechten Hand bei einer 50jährigen Bäuerin), gibt *Casazza* Gelegenheit, eine Einteilung der vegetierenden pyogenen Dermatosen vorzuschlagen.

Man hat zu unterscheiden: I. die pyogenen vegetierenden Dermatitiden im Anschluß an 1. Fälle von Dermatitis herpetiformis *Duhring;* in diese Gruppe gehört auch *Hallopeaus:* Dermatite pustuleuse chron. en foyers à progression excentriques, 2. Fälle von Herpes, 3. Fälle von Ekzema seborrhoicum und 4. Fälle von Ekzem. II.: Die eigentlichen pyogenen vegetierenden Dermatosen. Diese zweite große Klasse enthält als erste Untergruppe die Fälle, bei denen zuerst eine pyogene Hauterkrankung

Digitized by Google

bestand, die erst sekundär vegetierend wird. Hierher gehören das Ekthyma verrucosum *Brocq*, welches *Fage* und andere neben die Impetigo verrucosa stellen, das Ekthyma streptogenes vegetans *Balzer-Griffon*, das Ekthyma vegetans *Fage* und einige andere Fälle. In die zweite Untergruppe, die Formes d'emblée, reiht *Casazza* 12 Fälle ein, darunter den obigen Fall. Diese 12 Fälle ähneln einander nicht nur durch die Ätiologie, sondern auch durch ihre klinischen Charaktere, so daß ihre Zusammenfassung gerechtfertigt ist.

In lockeren Beziehungen zu den pyogenen vegetierenden Dermatitiden stehen: die Fälle von Herpes vegetans (*Köbner*, *Alibert*, *Bazin*), *Bosellinis* Dermatitis chron. verrucoides circumscripta, die Perifolliculitis cap. abscendens et suffodiens (*Nobl*, *Spitzer*, *E. Hoffmann*), das Syphiloid posterosive *Jacquets*, die Dermatitis papillaris capillitii und die Akne conglobata. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Barber u. *Eyre:* **Acrodermatitis continua (Hallopeau) vel Dermatitis repens (Crooker).** The B. j. o. D. a. S. 1927. 12.

In einem 35 Seiten langen Beitrag erschöpfen Verf. kurz die bisherige Literatur obigen Leidens, um dann aus eigenen 3 Fällen, die genau angeführt werden, ihre Schlüsse zu ziehen. Es handelt sich um jenes Leiden, das gewöhnlich an einer Extremität als Nagelgeschwür beginnt, im Anschluß hieran eitrige Eruptionen in näherer, dann weiterer Nachbarschaft erzeugt, allmählich alle Extremitätennägel mehr oder minder befällt und im weiteren Verlauf sich über den Körper generalisieren kann mit Einschluß der Schleimhäute. Das Leiden kann sich über viele Jahrzehnte erstrecken, ohne innere konstitutionelle Krankheitssymptome zur Folge zu haben, ohne Blut- oder Urinveränderungen hervorzurufen. Schließlich schrumpft die sich atrophisierende Extremitätenhaut ein mit dauerndem Verlust der Nägel, die günstigenfalls als einzelne Stümpfe persistieren. Histologisch sieht man einen subkornealen Abszeß entstehen, der sich von den oberen Lagen des Rete malpighii niederbreitet, so daß er die oberen Teile der Papillarschicht umschließt. Dieser Abszeß entsteht ähnlich wie die kleinen Psoriasisabszesse durch Auswanderung polynukleärer Leukozyten aus den Papillargefäßen. Aber der Psoriasisabszeß ist nur ein Scheinabszeß, da er, im Gegensatz zu den Abszessen unserer Läsion keinen Eiter enthält. Weiter ist, wieder im Gegensatz zur Psoriasis, die Entstehung der Abszesse bei unseren Läsionen durch Infektion von oben her wahrscheinlich. Es handelt sich um ein selbständiges Leiden mit charakteristischen klinischen und mikroskopischen Zügen, die beweisen, daß Acrodermatitis continua und *Crookers* Dermatitis repens identisch sind. Neuritis, Läsionen des endokrinen-sympathischen Systems, wie von andern vermutet, spielen keine ätiologische Rolle. Auch die Auffassung der Läsion als pustulöse Psoriasis, obwohl ja manche histologische Ähnlichkeiten bestehen, ist aus dargelegten Gründen abzulehnen, auch Abart von Dermatitis herpetiformis kommt nicht in Frage. Ursache ist der Einfall des Staphylococcus pyogenes aureus, der hier aus irgendwelchen noch unbekannten Gründen eine besondere pathologische Aktivität entwickelt, vielleicht erworben auf Grund einer besonderen Gewebsveranlagung des Erkrankten. Vielleicht ist als Brutstätte eine irgendwo bestehende chronische Sepsis, meistens im Mundgebiet, wie auch in den angezogenen Kasuistiken anzusehen. Dazu 6 klinische und 6 mikroskopische Bilder und 25 Literaturen.

Siegfried-Aachen.

Digitized by Google

Dore: **Note on cases of a chronic mild localised type of Acrodermatitis perstans. (Bemerkung zu Fällen des chronischen, milden, lokalisierten Typs der Acrodermatitis perstans.** The B. j. o. D. a. S. 1928. 1.

Verf. bringt fünf eigene weitere Fälle des milden oder abortiven Typs der Acrodermatitis perstans, jenes Leidens, das meist die Hohlhände befällt in ewig sich wiederholenden Produktionen von dünneitrigen Bläschen im Niveau der Epidermis, die sich ihrerseits über den Eruptionen mit Schuppen bedeckt. Dabei geringe lokale und allgemeine Beschwerden. Keine septischen, lymphatischen Komplikationen, keine Atrophien, Anästhesien usw. Bös wird das Leiden nur durch seine endlose Chronizität, so daß man es fast als unheilbar buchen kann. Da kausale Mikroorganismen im Bläscheninhalt der Einzelläsion nicht gefunden werden und, wenn überhaupt, dann immer erst sekundär mitsprechen, so ist anzunehmen, daß irgendeine konstitutionelle Noxe mit der Schweißsekretion zusammengekoppelt das Leiden verursache. Differentialdiagnostisch: Ekzem, Dermatitis, Dyshidrosis und Pilzerkrankungen. Da die Acrodermatitis perstans sich nicht über den Ursprungsherd ausbreitet und keine ernsteren Folgen hat, wie etwa die von *Hallopeau* und *Audry* beschriebenen Typen, die mit schweren, sich ausbreitenden Eiterungen und Finger- und Nägelverstümmelungen enden können, so kann man in ihr einen milden Vertreter der Acrodermatitis Hallopeau-Audry sehen oder sie auch als besondere Einheit betrachten. *Siegfried*-Aachen.

Harrison: **A case of Pemphigus vegetans, a dermatosis, which may be mistaken for Syphilis. (Ein Fall von Pemphigus vegetans, der leicht mit Syphilis verwechselt werden könnte.)** The B. j. o. v. d. 1926. 5.

Der Fall imitiert täuschend ekthymatisches Syphilid, Rupien, Plaques muqueuses und nässende Papeln. 8 Illustrationen. *Siegfried*-Aachen.

O. Usland: **Hautausschlag als Symptom bei C. Ventriculi.** Medcinsk Blom. Jahrg. 44. S. 13.

Zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis-ähnlichem Ausschlag mit Pigmentierung und Jucken bei Kranken mit Ventrikelkrebs.

A. Kißmeyer.

E. Kistjakowsky: **Dermatitis herpetiformis Duhring.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 7.

Beobachtung von 5 Männern und einer Frau mit Dermatitis Duhring, welche durch ihren monomorph-vesikulösen Charakter sich der *Krens*chen Varietät dieser Krankheit näherten. *A. Jordan*-Moskau.

Bernucci Felice: **Betrachtungen über einen Fall von Pemphigus vulgaris benignus mit allmählicher Entwicklung in eine Pyodermitis vegetans Hallopeau.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1408.

An der Hand eines Falles zeigt *Bernucci* die Möglichkeit der Entwicklung eines Falles von Pemphigus vulgaris benignus in einen Pemphigus vegetans und schließlich in eine Pyodermitis vegetans *Hallopeau*.

Biologisch-experimentelle Untersuchungen legen es nahe, daß das Auftreten dieser Hauterscheinungsform wahrscheinlich einerseits auf spezielle pyogene Keime zurückzuführen ist, andererseits auf eine eigenartige Reaktionsmodalität des Organismus, die wenigstens teilweise den Ausdruck einer speziellen Sensibilisierung des Organismus darstellt, welche

Digitized by Google

wieder im Organismus durch den speziellen Staphylokokkenstamm entstanden ist.

Die erhaltenen Resultate lassen daran denken, daß auch andere Formen vom bullösen Typus auf denselben pathogenen Ursprung zurückzuführen sind als die beschriebene Form, eine Hypothese, die auch schon andere Autoren aussprachen. *Fritz Julviusberg*-Braunschweig.

S. Rosenthal: **Zur Frage der Bedeutung der Zurückhaltung der Chloride beim Pemphigus.** Klinitscheskaja Medicina. 1928. Nr. 1.

Die Zurückhaltung der Chloride ist kein beständiges und unbedingtes Symptom des Pemphigus, so daß die diagnostische Bedeutung dieses Symptoms stark geschmälert wird. *A. Jordan*-Moskau.

Smith: **Dermatitis herpetiformis in brother and sister. (Dermatitis herpetiformis bei Bruder und Schwester.)** The B. j. o. D. a. S. 1928. 1.

Kurze Kasuistik bekannter Dinge betreffend 12jährige Schwester und 8jährigen Bruder. Gerade unter Kindern soll in Schottland die Dermatitis herpetiformis häufig sein. *Siegfried*-Aachen.

Fr. Kogoj-Zagreb: **Un cas de maladie de Hallopeau.** Acta dermot.-ven. Vol. VIII. Fasc. 1. 1927.

In dieser aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Straßburg stammenden Arbeit teilt Verf. einen Fall von *Hallopeau*scher Krankheit mit, der bereits im Jahre 1913 von *Wolff* unter der gleichen Diagnose in Straßburg gestellt worden war. Der Pat. hatte sich in der Zwischenzeit an seine Krankheit und an die mit ihren zeitweisen Exazerbationen verbundenen Beschwerden gewöhnt und suchte jetzt die Klinik auf wegen eines ulzerösen Tumors des linken Oberschenkels (spinozelluläres Karzinom), der noch durch 2 an dem linken Processus zygomaticus resp. der rechten Ohrmuschel sitzende Knötchen (basozelluläre Karzinome) kompliziert ist. Verf. hält das Zusammentreffen dieser Karzinome mit der *Hallopeau*schen Krankheit für ein mehr zufälliges Ereignis. Histologisch fand sich Akanthose, subkorneale Bläschenbildung, uncharakteristische Entzündung der oberen Kutis, Leukozytenanhäufung in der Nachbarschaft der Abszesse. Als besonders bemerkenswert erwähnt Verf. die histologische Zusammensetzung einer größeren Blase: Man kann sie einem Schwamme vergleichen, dessen periphere Teile Öffnungen besitzen, die sich nach dem Zentrum zu verbreitern und erweitern und deren Zentrum durchlöchert ist. Alle Hohlräume, die kleinen und kleinsten der Peripherie und der große zentrale sind mit Eiter gefüllt. Diese Schwammbildung fand Verf. nirgends erwähnt, und er glaubt, daß man sie bei allen Fällen der uns beschäftigenden Dermatosen wird finden können, wenn man zur richtigen Zeit, d. h. nicht zu früh, wenn die Schwammbildung *noch* nicht, und nicht zu spät, wenn sie *nicht mehr* da ist, exzidiert.

Arthur Alexander-Berlin.

Chaletzkaja: **Pemphigus vegetans, veranlaßt durch die saprophytäre Mikroflora der Mundhöhle.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 2.

Schwerer Pemphigus vegetans bei einem 72jährigen Mann mit Beginn in der Mundhöhle, im Anschluß an eine Verletzung durch ein neues Zahngebiß. In dem Reizserum der Vegetationen wurden, unter sehr mannigfaltiger Mikroflora, pallidaähnliche Spirochäten gefunden. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Thomas Preininger: **Beiträge zur Ätiologie und Therapie des Pemphigus.** D. W. 1927. Nr. 46.

Verf. berichtet über einen durch Röntgenkastration günstig beeinflußten Fall von Pemphigus bei einem 29jährigen Manne. Es wird angenommen, daß durch die Ausschaltung der Hoden die anderen Drüsen zur gesteigerten Funktion angeregt und dadurch die Besserung der Stoffwechselstörungen und der Hauterscheinungen erreicht wurden.

Schreyer-Berlin.

P. Gorsky: **Zur Charakteristik der Epidermolysis bullosa.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 4.

Der 9jährige Schüler T. erhielt im Oktober 1926 3 Impfungen gegen Scharlach (Gabritschewskys Vaccin); erkrankte aber dennoch am 10. Februar 1927 an Scharlach, welcher normal verlief. Während der Schilferung wurde der Knabe apathisch, und es stellte sich ein Bläschenausschlag ein, welcher vom Verf. nach Ausschluß aller derartigen Möglichkeiten für Epidermolysis bullosa gehalten wurde. Unter fünf Injektionen von NS (0,15 bis 0,3) ging der Ausschlag zurück und, wie sich Verf. nach einem halben Jahre überzeugen konnte, blieb auch der Ausschlag fort. *A. Jordan.*

Starer: **Beitrag zur vasokonstriktorischen Neurose der weiblichen Brustwarze.** M. K. 1928. 12.

Kasuistik betrifft 24jährige gravide Jüdin, die gleich ihrer Mutter unter gleichen Umständen befallen ist. Zusammenhang also mit Ovarialfunktion wahrscheinlich (Laktation, Gravidität). Kältereiz auch hier auslösend. Ursache ist akroparästhetischer Prozeß auf psychosexueller Basis. (Derartige Fälle sind ja in der D. Z. in letzten Jahren verschiedentlich referiert worden. Ref.) *Siegfried*-Aachen.

Dr. Houloussi Behdjet: **Ein Fall von primärer akuter toxischer Erythrodermie mit histologischer Untersuchung.** D. W. 1927. Nr. 43.

Bei einem malariakranken Manne zeigten sich am ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts ausgebreitete erythematöse Hauterscheinungen im Anschluß an eine 10 Tage bestehende Magenerkrankung, die mit großen Opiumgaben behandelt wurde. Die Haut der Fußsohlen und Handflächen löste sich in großen Fetzen ab, während der übrige Körper teils lamellöse, teils kleienförmige Schuppung aufwies. Es bestand starker Pruritus. Die histologische Untersuchung ergab Hypertrophie, Verschiebung und Schuppung der Hornschicht, Parakeratose, interpapilläre Infiltration, Gefäßkongestion und Verdickung der Gefäßwände. *Schreyer*-Berlin.

B. Hirschberg: **Zur Kasuistik der Erythrodermia desquamativa Leiner.** Wratschebuaja Gaseta. 1928. Nr. 8.

Die bei einem 2monatigen Knaben beobachtete Erythrodermia Leiner unterschied sich dadurch vom gewöhnlichen Verlauf, daß sie von keinen dyspeptischen Erscheinungen begleitet wurde. Es wurden Temperatursteigerungen beobachtet, welche mit zunehmender Besserung, trotzdem das Kind von der Mutter weiter gestillt wurde, nachließen und endlich bei der Genesung des Kindes aufhörten. *A. Jordan.*

Sannicandro: **Polymorphe Hauterscheinungen im Verlaufe einer chronischen myeloischen Leukämie.** Giorn. ital. di dermatol. 1928. Bd. 69. H. 1 S. 117.

Digitized by Google

Der 21jährige Patient leidet an einer chronischen myeloischen Leukämie mit starkem Milztumor und typischem Blutbefunde; er weist eine sudamina-ähnliche generalisierte Eruption mit diffusen mikropapulösen Effloreszenzen und ferner über die ganze Haut verstreute Knötchen von furunkelartigem Typus auf. Diese Knötchen entstehen und verschwinden schnell, sie haben weich-elastische Konsistenz und rotzyanotische Farbe. Sie erweisen sich histologisch als Myelome und zeigen Infiltrate aus Promyelozyten, Myelozyten, polynukleären Rundzellen und Plasmazellen; die Infiltrate sitzen perivaskulär und um die Talgdrüsen; *Sannicandro* denkt eher an eine Verschleppung, als an eine autochtone Entwicklung.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

S. Rosenthal: **Zur Lehre von den exfoliativen generalisierten Erythrodermien. Erythrodermia leucaemica.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 10.

Die jahrelange Beobachtung und Untersuchung eines Falles von Erythrodermia leucaemia ergab, daß das Blutbild bei derselben im allgemeinen demjenigen bei der lymphatischen Leukämie entspricht, sich aber in einigen Details von demselben unterscheidet. Eine generalisierte Affektion aller lymphatischen Gewebe des Organismus kommt der leukämischen Erythrodermie nicht zu, wie das bei der gewöhnlichen Leukämie zu sein pflegt. Die leukämische Erythrodermie muß als eine selbständige Krankheit angesehen werden, unter deren ätiologischen Momenten die tuberkulöse die größte Beachtung verdient. *A. Jordan.*

Lancashire: **Exfoliative Dermatitis. (Dermatitis exfoliativa.)** The B. j. o. D. a. S. 1927. 11.

Verf. sah in den letzten 10 Jahren 42 Fälle, die sich besonders häuften zwischen 1921—1923. Geschlechter wiesen numerisch keinen Unterschied auf. Die meisten Fälle bei Männern zwischen 50—60, bei Frauen unter 30 Jahren. Dazu zwei neue Fälle. Der eine, 57jähriger Mann, betrifft starken Alkoholiker, der sein Leiden im Anschluß an starke Erkältung bekam mit plötzlicher Ausbreitung über den ganzen Körper. Trotz ausgemergelten Körpers Heilung wohl nur, weil Nieren gesund waren. Gegeben wurde Salicin in 15 g-Dosen. Fall 2 betraf 47jährigen Mann mit gleichfalls akutem Ausbruch der Dermatitis exfoliativa, die anfangs als allgemeine Urtikaria angesprochen wurde. Hier erfolgte nach Milchinjektion so schnelle Heilung, daß ein „post hoc" ausgeschlossen. Zu beachten ist bedeutend erhöhter Blutzuckergehalt, der aber auch bei sonstigen Toxikämien vorkommt, denn als Ursache der Dermatitis exfoliativa sieht Verf. Toxikämie an, die die Zentren der Vasomotoren beeinflusse. Weiter scheint *Cranston Lows* Ansicht, daß in allen Fällen ein Sensibilisierungsphänomen vorliege gegen innere oder äußere Antigene biologischer oder chemischer Art viel für sich zu haben. Durch Zellzerfall bei der immer vorhandenen einleitenden Hautentzündung entständen ja allerlei biochemische Produkte. Birgt deren andauernde Zufuhr in den sensibilisierten Organismus vielleicht das rätselhafte Agens? *Siegfried*-Aachen.

Haldin-Davis: **Exfoliative Dermatitis. (Dermatitis exfoliativa.)** The B. j. o. D. a. S. 1927. 11.

Verf. bemühen sich, neues eigenes und fremdes Material zusammenzutragen zur weiteren Klärung der noch immer recht rätselhaften Ätiologie

Digitized by Google

der Dermatitis exfoliativa, die ja in den letzten Jahrzehnten vermehrtes Interesse gewann infolge der Salvarsanschäden. Der Unterschied zwischen idiopathischen und sekundären Fällen ist nicht mehr aufrecht zu erhalten, alle Fälle dürften als Folge irgendeines Irritanses anzusehen sein, das extern (Chrysarobin, Nitritdämpfe) oder intern (As., Darmzersetzung) sein mag. Bislang scheint als einziges pathologisches Symptom festzustehn Hyperplasie von Milz und Lymphdrüsen, weiter in häufigen Fällen (nicht immer!) Lymphozytose und Eosinophilie des Blutes. Histologie scheint dafür zu sprechen, daß Krankheitsursache aus der Tiefe der Haut an ihre Oberfläche steigt. Dazu sechs histologische Schnitte. Als chemische Funde sind zu erwähnen: 1. Flüssigkeitszufuhr überwiegt stark Urinmenge. 2. Urinstickstoff stark vermindert. 3. Harnsäureausscheidung stark vermehrt. Blutzuckergehalt läßt keine Schlüsse zu. Tuberkulose, die manchmal als Ursache angesprochen wurde, kommt wohl nur als Superinfektion des schon geschwächten Körpers in Frage. Der bislang wohl aussichtsreichste Weg, zu einer Lösung zu kommen, führt auf die Verwandtschaft der Dermatitis exfoliativa zu verschiedenen Leukämieformen, mit denen sie viele Zeichen teilt: Vergrößerte Lymphdrüsen, Pruritus, Hautabschilferung. Weitere Forschungen sind vielleicht berufen, die Kluft zu überbrücken zwischen den Leukämieformen ohne Hautsymptome und den Formen von Dermatitis exfoliativa, die anscheinend normales Blut aufweisen, wenn auch vielleicht nur zeitweilig . *Siegfried*-Aachen.

R. Sabouraud: **Über die ekzemförmigen Streptokokken-Erkrankungen.** Annales de Derm. et de Syph. Nr. 6. S. 321. 1927.

Verf. bespricht die von *Haxthausen* in Kopenhagen erhobenen Befunde, welcher den Nährböden 1:100000 bis 1:200000 Krystall-Violett hinzufügte, wodurch das Staphylokokken-Wachstum gehemmt wurde. Auf klinisch gesunder Haut finden sich Streptokokken in zirka 7 %. Insbesondere finden sie sich auf der gesunden Haut weithin in der Umgebung kranker Stellen. 6 Monate nach Abheilen der Primärläsion ist es hier noch vorhanden. Ebenso sind bei einem Patienten, der seit 3 Monaten an Furunkulose leidet, sämtliche Haarfollikel mit Staphylokokken infiziert. Die von *Haxthausen* vorgenommene Trennung zwischen saprophytären und parasitären Streptokokken möchte *Sabouraud* ablehnen. Im Anschluß an die Studien von *Haxthausen* möchte *Sabouraud* für gewisse Formen von Intertrigo, seborrhoischem Ekzem des Gesichtes und von schuppenden Hautveränderungen in der Umgebung von chronischer Impetigo, post aurikulärem Intertrigo usw. die Bezeichnung ekzemförmiger Streptokokken-Erkrankungen („Streptococcides eczématiformes") vorschlagen.

Zurhelle-Bonn.

Umanski: **Zur Lehre vom Ulcus vulvae acutum.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 10.

Beschreibung zweier Fälle von Ulcus vulvae acutum, bei denen in dem einen im Eiter der Bac. crassus, in dem anderen außerdem noch pseudodiphtheritische Stäbchen und Bac. fusiformes gefunden wurden.

A. Jordan.

Elly Schnabl: **Über Beziehungen von Vulvitis aphthosa zu Erythema nodosum.** D. W. 1927. Nr. 37.

Es wird über einen Fall von gangränösen Ulcerationen in Mund- und Rachenhöhle berichtet, bei dem gleichzeitig eine Vulvitis aphthosa bestand.

Digitized by Google

Im Ausstrich beider Affektionen wurden Bazill. fusif. und Spiroch, refring. nachgewiesen. Außerdem fanden sich erythema nodosum-artige kutan-subkutan gelegene Knoten an beiden Unterschenkeln. Letztere werden als toxisch bedingte Folgeerscheinungen der ulcerösen Prozesse aufgefaßt. Die Toxine können vom Bazill. fusif., zum Teil aber auch vom zerfallenen Eiweiß stammen. *Schreyer*-Berlin.

G. Sannicandro: **Purpura haemorrhagica und generalisierte Adenopathien, eine akute lymphatische Leukämie vortäuschend,** als Ausdruck einer **partiellen aplastischen Myelose mit Leukopenie syphilitischer Natur.** Giorn. ital. di Dermatol. Bd. 68. H. 6. S. 1529. 1927.

Der 70jährige Patient bekommt plötzlich profuse, fast unstillbare Hämorrhagien der Mundschleimhaut, Hauthämorrhagien vom petechialen Typus und allgemeine Lymphdrüsanschwellungen; kein Fieber, keine Gelenk- oder Bauchschmerzen.

Die klinische Untersuchung der Brust- und Bauchorgane und des Nervensystems ergibt nichts von Belang. Die mehrmals vorgenommene Wassermannreaktion fällt völlig positiv aus; der Blutkalkgehalt ist vermindert (5,5 mmg). Die Blutuntersuchung ergibt eine Verminderung der Blutplättchen, eine Leukopenie mit Neutropenie und relativer Monozytose; durch Adrenalininjektionen gelingt es nicht, die Neutropenie zu beheben.

Die histologische Untersuchung frischer Hauthämorrhagien ergibt nichts von Interesse. Die histologische Untersuchung einer Lymphdrüse ergibt an einigen Stellen eine normale Struktur, an jugendlichen Elementen mit zahlreichen normalen Kernteilungen reiche Follikel, eine mäßige endotheliale Desquamation und vaskuläre Kongestion, an anderen Stellen dagegen: Lymphozytenanhäufungen meist aus jugendlichen Formen und Monozyten bestehend; die Retikulumelemente in deutlicher hyperplastischer Reaktion mit epitheloid-endotheloidem Aussehen, sehr großen Reichtum an Karyokinesen in verschiedenen Entwicklungsstadien, Fehlen von Polynukleären und Riesenzellen. Eine intramuskuläre Salvarsanbehandlung führt zu einer deutlichen Besserung; es verschwinden die Symptome der Purpura, die Drüsen schwellen gleichzeitig ab. Ein Jahr nach dem Auftreten der Erkrankung ergibt die Blutuntersuchung eine normale Leukozytose mit relativer Monozytose; die klinische Untersuchung ergibt Drüsenpakete in den Leisten und Achselhöhlen. Auf Grund des klinischen Befundes, der Blut- und histologischen Untersuchung lassen sich eine lymphatische Leukämie, eine Lymphogranulomatose, eine infektiöse Monozytose ausschließen und man nimmt eine Thrombopenie mit Minusreaktion des Knochenmarks mit allgemeiner Lymphdrüsenreaktion an; für den syphilitischen Ursprung sprechen die positive Wassermannreaktion und der klinische Erfolg. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Blöch: **Ein Beitrag zur Pathogenese der Purpura haemorrhagica.** M. K. 1928. 8.

Beschreibung eines Falles schwerer Purpura haemorrhagica thrombopenica nach Intoxikation durch lange fortgesetzte Injektionen von Bi. plus As. (Bias) wegen Lues. Thrombozyten sanken auf 27000 und bleiben auch nach Heilung auf nur 80000 stehen. Zweifellos medulläre Schädigung der Megakaryozyten. Wahrscheinlich ist aber hier auch an eine hochgradige Schädigung der Gefäße zu denken, denn jedesmal nach intramuskulärer

Digitized by Google

Injektion von Mirion als Antilueticum zeigte sich Purpurarezidiv. Weitere Untersuchungen erwiesen als Noxe nur das im Mirion enthaltene hochmolekulare Jod, alle seine anderen Komponenten kommen nicht in Frage. Weiter ist bekannt, daß gerade beschädigte Gewebe besondere Affinität zum Jod zeigen (vide Gelenkprozesse und Mesaortitis, cave Jod bei Tuberkulose). Somit ergibt sich wohl, daß hier Jod auf die schon beschädigten Gewebe wieder deletär gewirkt und dadurch die Blutaustritte veranlaßte. Also ist die Thrombopenie wohl nicht die alleinige Ursache der Purpura thrombopenica. *Siegfried*-Aachen.

Alfred Perutz: **Über ein bisher noch nicht beschriebenes Reizphänomen bei Erythema exsudativum multiforme.** D. W. 1927. Nr. 43.

Bei einer an Erythema exsudativum multiforme erkrankten Patientin zeigten sich an der Stelle einer stichförmigen Verletzung sechs Effloreszenzen, die dem Typus der übrigen Dermatose entsprachen. Dieses Phänomen der künstlichen Erzeugung einer Reizeffloreszenz wurde daraufhin an 18 Fällen untersucht, wobei 16 positive Reaktion zeigten. Das Reizphänomen ist nicht für Erythema exsudativum multiforme spezifisch, es zeigt nur, daß die Haut auf künstlich gesetzte Reize mit Effloreszenzen reagiert, welche der ursprünglichen Dermatose entsprechen. *Schreyer*-Berlin.

Julius Sanack: **Über einen Fall von rezidivierendem großknotigem Erythema exsudativum multiforme mit atypischer Lokalisation.** D. W. 1927. Nr. 41.

Verf. kommt an Hand eines zweimal beobachteten Rezidivs von verschiedener Intensität ohne bakteriologischen Befund zu dem Schluß, daß diese Rezidive entweder auf ein vorhandenes Mitralvitium oder auf eine Infektion von den Tonsillen aus zurückzuführen sind. Lues und Tuberkulose konnten ausgeschlossen werden. Betont wird, daß beide Rezidive unter dem Bilde einer akuten Infektionskrankheit verliefen, wofür außer dem raschen klinischen Ablauf die relative Vermehrung der Leukozyten und das Fehlen der eosinophilen Zellen trotz ausgedehnter Hautbeteiligung sprechen. Die leichte Albuminurie und die Hauterscheinungen müssen durch eine gemeinsame Noxe entstanden sein. Die angegebenen Symptome sind ein Beweis für die akut infektiöse Natur der idiopathischen Erytheme, ungeachtet dessen, ob sie eine Infektionskrankheit sui generis darstellen, oder ob bekannte Infektionserreger oder deren Toxine als Ursache angenommen werden. *Schreyer*-Berlin.

Karl Hübschmann-Prag: **Ein Beitrag zur Kenntnis des Erythema chronicum migrans.** Acta dermato-ven. Bd. 8. H. 5. 1928.

Bei einem 8 Jahre alten Mädchen entwickelte sich im Anschluß an ein Chalazion ein am linken Augenwinkel sitzender roter Fleck, desgleichen bald darauf am anderen Augenwinkel. Im Laufe der Zeit blaßten die roten Flecke zentral ab während an der Peripherie die Affektion in Form eines roten Bandes ihren Weg fortsetzte. Zentral leichte Atrophie mit Depigmentierung, doch blieben daselbst befindliche Epheliden unversehrt. Außer diesen beiden beschriebenen Stellen bildeten sich noch am linken Ohr eine ähnliche, jedoch ohne Achromie und Atrophie; letzterer Vorhandensein unterscheidet den mitgeteilten von den bis jetzt durch *Lipschütz* und andere (z. B. *Bruhns*) beobachteten Fälle. Vielleicht ist die spezielle Lokalisation die Ursache dieses Phänomes. *Arthur Alexander*-Berlin.

Digitized by Google

E. Kistjakowski: **Erythema exsudativum multiforme mucosae oris recidivans.** Wratschenoja Delo. 1928. Nr. 7.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die, in seinen Augen in den Lehrbüchern nicht genügend gewürdigte Lokalisation des Erythema exsudativum multiforme auf der Mundschleimhaut, welche unter drei von ihm beschriebenen Fällen ausschließlich nur diese und nicht die Haut betraf. Genauere Angaben über die Unterscheidung dieser Affektion von Aphten, Syphilis und Pemphigus vulg. *A. Jordan.*

H. H. Drysdale: **Acute Circumscribed Edema (Quinke) (Quinkesches Ödem).** Cleveland. Journ., Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 17.

Nach kurzer Durchstreifung der bisherigen Theorien über die Ätiologie des *Quinke*'schen Ödems schildert Verf. einen Fall aus eigener Beobachtung. Es handelte sich um einen Feiler, bei dem sich 14 Tage nach Stoß gegen die Finger ein *Quinke*'sches Ödem der rechten Hand entwickelt hatte. Cutis und Subkutis stark infiltriert. Psychisch: Erregbarkeit, Launenhaftigkeit und Schlaflosigkeit. Nach einem Monat Besserung. Eine Woche später zweites Trauma der rechten Hand mit Rezidiv. Hormontherapie keine Besserung. Durch Natr. cacodylicum gute Fortschritte. Drei Tage nach Wiederaufnahme der Arbeit erneuter Rückfall. Wenn sich auch bei dem Patienten nach einem Unfall das *Quinke*'sche Ödem entwickelte, so ist Verf. doch der Auffassung, daß seine Entstehung hauptsächlich dem labilen psychischen Zustande des Patienten zuzuschreiben ist. *Röntz*-Bonn.

F. R. Menagh: **The Etiology and Results of treatment in angioneurotic edema and urtikaria. (Ätiologie und Therapie bei angioneurotischem Ödem und Urtikaria.)** Journ. Americ. Med. Ass. 1928. Vol. 90. Nr. 9.

Es gelangten 260 Fälle von Urtikaria und angioneurotischem Ödem zur Beobachtung. Bei Urtikaria sind die oberen Lagen, bei angioneurotischem Ödem mehr die unteren Lagen der Haut befallen. Die Ätiologie ist in der Einverleibung einer fremdartigen Eiweißsubstanz zu sehen. Durch Untersuchung ist festzustellen, inwieweit der Einfluß zu vermindern ist, so daß die Reaktionen nicht mehr auftreten. Unter den Nahrungsmitteln spielen Fische, Krebse und Erdbeeren die Hauptrolle. Außerdem sind Pollenkörner, Tierstaub und Infektionen der Gallenwege in Betracht zu ziehen. Auf 92 Männer (35,3 %) kamen 168 Frauen (64,6 %). Bei 85 Fällen (32,6 %) lagen ähnliche Fälle in der Familie vor. Alter: 16—70 Jahre, meist 30—49 Jahre. 63,8 % waren gegen Pollenkörner, 19,7 % gegen Fische überempfindlich. Erythematöse Schübe wurden nicht mitgerechnet. Von den Nahrungsmitteln: Weizen, Milch, Eier und helle Gemüse. In 2 Fällen Honig, in 9 Schwertlilienwurzelpuder, in 1 bei Insulingaben. In je einem Fall bei chronischer Sinusitis und Zahnkaries. Lues spielt ätiologisch keine Rolle. Bei 9 Luesfällen zeigte sich durch antiluetische Behandlung keine Besserung der Überempfindlichkeit. Bei 78 Patienten (30 %) Ätiologie nicht feststellbar. 129 Fälle (48,18 %) Infektion der Gallenwege. Gewinnung des Sekrets durch transduodenale Drainage (97mal). Davon 81 positive Kulturen. (83,5 % In 75 Fällen (77,3 %) Anfertigung von Autovakzine. Davon gaben 10 (13,3 %) negative, 55 (73,3 %) positive Reaktionen. Kontrollversuche durch das Vakzinesuspensionsmittel und durch andere Vakzine. Gefunden wurden: nicht hämolytische Streptokokken (Str. viridans) und Staphylokokken (St.

Digitized by Google

aureus et albus), Kolibazillen und in je einem Fall Micrococcus catarrhalis und Streptococcus haemolyticus. Ein Zusammenhang zwischen Asthma und Galleninfektion konnte nicht festgestellt werden. Therapie: Ausschaltung des betrefffenden Eiweißkörpers; bei Galleninfektion Regelung der Diät, Salztherapie. Die therapeutische Wirkung ließ sich bei 260 Patienten nur in 166 Fällen kontrollieren: 27 (16,3 %) nicht gebessert, 64 (38,6 %) gebessert, 75 (45,2 %) geheilt. *Röntz*-Bonn.

E. Schäfer-Göttingen: **Über Urticaria pigmentosa und das Mastzellenproblem.** Acta dermato. ven. Bd. 8. H. 3. 1927.

Verf. beschreibt in sehr ausführlicher und eingehender Darstellung die Klinik des Krankheitsbildes der Urticaria pigmentosa sowie das allgemeine Mastzellenproblem und bringt drei eigene Fälle der in Rede stehenden Affektion (2 Kinder, 1 Erwachsener). Die Fragen, die sich beim Überblick über die gesamte Literatur aufdrängen, formuliert Verf. folgendermaßen. Ist eine Trennung der pigmentierten Urticariaformen nach Klinik und Histologie durchführbar? Aus ihr ergeben sich eine Reihe Nebenfragen:

1. Ist das Alter der Patienten maßgebend?

2. Muß eine Form, die sich histologisch aus M.-Z.-Tumoren ohne jede Zellbeimischung zusammensetzt (Urticaria xanthelasmoidea) aufrecht erhalten bleiben?

3. Unter welchen gemeinsamen Gesichtspunkten müßten dann die übrigen Formen zusammengefaßt werden?

4. Was wissen wir von Ätiologie und Pathogenese der verschiedenen Krankheitsbilder?

5. Welches sind die Wege der einzuschlagenden Therapie?

Eine Trennung nach klinischen Gesichtspunkten kann nicht stattfinden. Weder Farbe noch Form noch Anordnung der Herde noch Begleitsymptome sind geeignet dazu. Von den meisten Autoren wird mit Recht der mikroskopische Befund und vor allem die Klärung der M.-Z.-Beteiligung als das einzige Kriterium von Bedeutung verlangt. Was aber sind Mastzellen? Wir können nur das sagen, daß die Neubildung der M.-Z. bei dem in Rede stehenden Krankheitsbilde enorm angeregt und unterhalten werden. Ob es dabei richtig ist, daß bei dem einzelnen Individuum dazu eine angeborene Neigung der Haut besteht — und damit wären wir auf dem vagen Gebiete der Krankheitsbereitschaft — oder die M-Z-Tumoren das Resultat einer kongenitalen resp. kongenital angelegten naevöiden Bildung wird, ist ebensowenig zu entscheiden wie die Frage, ob bei der M-Z-Bildung graduelle Intuitätsunterschiede einer einzigen auslösenden, resp. sich sich steigernden Noxe vorhanden sind. Über ihre Funktion ist nichts bekannt. Wenn wir es für richtig halten, ihr Vorkommen zur Richtschnur bei der Einteilung klinisch gleicher oder ähnlicher Krankheitsbilder zu machen, so kann dies nur solange von Wert sein, wie unsere Kenntnisse über ihre Natur so geringe bleiben. Vorläufig wird man gut tun, alle klinisch in das Gebiet der pigmentierten Urticariaformen fallenden Beobachtungen mit Berücksichtigung des M-Z-Befundes sorgsam zu registrieren: Es ist verfrüht, schon heute die Klassifikation dieser Krankheitsgruppe zu diskutieren. *Arthur Alexander*-Berlin.

Digitized by Google

P. Bézy: **Paroxysmale Akrodynie bei Kindern.** Ann. de Derm. et de Syph. 1927. Nr. 7. S. 425.

B. berichtet über einen Krankheitsfall, wie er in Schottland, Nordamerika, Nancy und Châlons-sur-Saône schon epidemisch beobachtet wurde.

Es handelt sich um ein 4jähriges Mädchen, das unter unbestimmten Fiebererscheinungen erkrankte, bei denen zunächst an Grippe gedacht wurde. Nach einigen Wochen trat stärkste Abgeschlagenheit und mächtige, anfallweise auftretende Schweißbildung am ganzen Körper auf. Im Anschluß daran bildete sich ein masernähnliches Exanthem mit starkem Juckreiz. In den folgenden Monaten bildete dies das Hauptkrankheitssymptom und trat anfallweise in Form blauroter Verfärbung der Hände und Füße auf mit stärkstem Juckgefühl. Zwischen den Anfällen zeigten die Hände Bläschen und Papeln. Das Nervensystem zeigte keine Reflexveränderungen. Die Heilung erfolgte langsam in Jahresfrist.

B. denkt an einen infektiösen Prozeß mit neurotropem Virus und Beteiligung des Sympathikus und Parasympathikus. *Zurhelle*-Bonn.

W. Lojander-Helsingfors: **Über Keratodermien im Anschluß an Gelenkaffektionen gonorrhöischen und nichtgonorrhöischen Ursprungs.** Acta dermato-vén. 1927. Vol. VIII. Fasc. 4.

Fünf Fälle, außerdem noch zwei nachträglich beobachtete Fälle, von denen der erste eine 24 Jahre alte unverheiratete Virgo war, bei der keine Gonococcen nachgewiesen werden konnten und bei welcher verschiedene Gelenke affiziert waren, während es sich beim 2. Fall um eine Urethritis gon. tot. mit Arthritis gon. der Knie handelte. Die den Gegenstand der Arbeit bildenden 5 Fälle sind folgende: 1. Urethritis totalis gon., subakute Polyarthritis gon., Keratodermia blennorrhagica fere universalis, 24 Jahre alter Maschinist; 2. 23 Jahre alter Seemann. Urethritis totalis gonorrh. acut., Polyarthritis gon., Keratodermia blennorrhagica pedum, Keratitis toxica gon. oculi dextri; 3. 24 Jahre alter Landwirt. Urethritis totalis gon. subchronica, Arthritis gon. genus dextri et pedis utriusque, Keratodermia blennorrhagica pedum, Ophthalmoblennorrhoea oculi utriusque; 4. 33 Jahre alter Seemann. Urethritis totalis gon. subchronica, Polyarthritis blennorrhagica pedis utriusque, Lues latens (Wa.-R. +), Adenopathia ing. axillaris et cubitalis; 5. 18 Jahre alter Schuhmacherssohn. Infantilismus, Arthropathia chronica, Anaemie sec., Keratodermia regionum variarum corporis. — Auf Grund seiner Beobachtungen und eingehender Berücksichtigung der Literatur kommt Verf. zu folgender Zusammenfassung: a) Die im Anschluß an gonorrhöische Gelenkaffektionen vorkommenden Keratodermien unterscheiden sich weder im Aussehen, noch in der makroskopischen und mikroskopischen Struktur der einzelnen Effloreszenzen von solchen Keratodermien, die im Anschluß an langwierige Arthropathien ohne gon. Aetiologie entstanden sind; b) in 2 Fällen (I und V), in welcher die Symptome dieser allgemeinen Infektion stark hervortraten, konnte Verf. auf künstlichem Wege durch feuchtwarme Umschläge neue Effloreszenzen provozieren; c) Gelenkaffektionen, die mit keratotischen Hautveränderungen kompliziert waren, mögen dieselben eine gonorrhöische Ätiologie gehabt haben oder nicht, haben sich im allgemeinen sehr refraktär auch gegen die effektivsten therapeutischen

Digitized by Google

Maßnahmen gezeigt; d) therapeutisch hat sich das Neosalvarsan in einem Fall (II) als auffallend vorteilhaft erwiesen. In 2 anderen Fällen (I und IV) trat Verschlechterung (I) resp. kein erwähnenswerter Effekt (IV) ein; e) aus den Krankengeschichten geht hervor, daß es sich in den beschriebenen Keratodermiefällen immer um Personen gehandelt hat, bei denen in der Familie Arthropathien vorgekommen sind. *Arthur Alexander*-Berlin.

Josef Mestschanski: **Ein Fall von Acne urticata polycythaemica.** D. W. 1927. Nr. 39.

Es wird über einen Fall von Polycythaemia rubra berichtet, bei dem nach einem Schlaganfall zahlreiche blaurote, papulöse, zum Teil pustulöse Effloreszenzen an verschiedenen Körperstellen auftraten. Die histologische Untersuchung zeigte unspezifische Entzündung. Die Ähnlichkeit der Dermatose mit einem von *Pick* und *Kaznelson* beschriebenen Krankheitsbild berechtigt zu der Diagnose „Acne urticata polycythaemica".

Schreyer-Berlin.

Eastwood: **Gastric secretion and other digestive factors in Rosacea. (Magensekretion und andere Verdauungsfaktoren bei Rosacea.)** The Br. j. o. D. a. S. 1928. 3 und 4.

Schon seit längerer Zeit scheint man sich in England für obige Zusammenhänge besonders zu interessieren, und ähnliche Arbeiten sind ja auch kürzlich aus gleicher Zeitschrift hier referiert worden (Ref.). Nach einer längeren geschichtlichen Einleitung über Geschichte und Wesen der Rosacea erwähnt Verf. ihren Zusammenhang mit phlyktenulärer Konjunktivitis, die gar nicht so selten das ursprüngliche Hautbild kompliziert. Zu dem fraktionierten Magenuntersuchungsverfahren wurden 50 Rosaceafälle herangezogen. Unternormale Salzsäuresekretion zeigte sich in mehr als der Hälfte der Fälle. Eine Gruppe von Rosaceakranken mit unternormaler Salzsäureproduktion reagierte auffallend prompt auf HCl, intern gegeben in der Weise, daß die Rosacea ohne diese Medikation sich verschlimmerte und andererseits nach Salzsäure sich regelmäßig besserte. Gastrische Beschwerden, im weitesten Sinne gefaßt, waren in 86% der Fälle vorhanden. Sehr oft liebten die Kranken eine auffallend reiche Kohlehydratdiät. Viele Kranke hatten auch niederen Blutdruck. Vielleicht werden von Bakterien im Darme gefäßerweiternde Substanzen gebildet. Eine solche ist z. B. das Histamin, das imstande ist, nach Injektion die Temperatur gerade des Gesichtes sogar um 3,4° C. zu erhöhen (*Harmer* und *Harris*). Weiter steigt nach schnellem Essen mit viel Flüssigkeit die Gesichtstemperatur höher und bleibt es auch für längere Zeit (*Leroy*). Somit meint Verf., daß plötzliche Dehnung der Magenmuskulatur, die sich nicht mehr ebenso schnell wieder ausgleichen kann, möglicherweise mit so was wie Histaminwirkung zusammen für Rosacea in Frage kommen könnte. Wieweit septische Herde unterstützend den Zustand herbeiführen bzw. ihn länger unterhalten müssen, da auch dahingehende Erfahrungen angeführt sind, noch weiter untersucht werden. Dazu 46 kurze Krankengeschichten, je nach dem Magensäuregehalt gruppiert, mit mehr und minderer Besserung nach HCl. 10 Literaturen. *Siegfried*-Aachen.

Grshebin u. *Jacobsohn:* **Zur Klinik und Ätiologie des Granuloma teleangiectaticum (Botryomycoma).** Venerologia u. Dermat. 1927. Nr. 11.

Von drei im Laufe der Zeit in der Klinik beobachteten Fällen von Botryomycosis Poncet und Doz ist der eine von den Autoren

Digitized by Google

einer genauen Untersuchung und Besprechung unterzogen worden. Es handelte sich um eine 19jährige Kranke mit einer Geschwulst auf dem harten Gaumen von Haselnußgröße. Nach Exstirpation derselben zeigte sich bei Lupenbetrachtung, daß sie von bizarrer Form war. Das histologische Bild entsprach den sonst beschriebenen. Hinsichtlich der Ätiologie schließt sich Verf. der Meinung von *Gans* an. *A. Jordan*-Moskau.

J. Milmann: **Die Botryomycose beim Menschen.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 1.

Beschreibung von 6 Fällen von Botryomycose beim Menschen mit Sitz bald auf den Fingern, bald auf dem behaarten Kopf, bald in der Schamgegend oder auf der Unterlippe. Die histologische Untersuchung der pilz- oder mandelförmigen Geschwulst ergab eine mächtige Proliferation der erwähnten Gefäße oder kavernöse Bildungen mit granulomatös infiltrierten Zwischenräumen. Das Infiltrat bestand aus Fibroblasten, Leukozyten, Lymphozyten und spärlichen Plasmazellen. Nicht alle Geschwülste waren gleich, sondern bei dem einen überwogen die Gefäße, bei dem anderen der granulomatöse Bau, während die dritten von gemischtem Bau waren. Verf. hält die Botryomycose für eine solitäre Geschwulstwucherung, welche durch den mechanischen Einfluß eines Traumas und durch Bakterien als Nebenwirkung zur charakteristischen Pilzform führt, welcher er den Namen Caruncula luxurians solitaris gibt. *A. Jordan*-Moskau.

M. Farber: **Casus pro diagnosi (Granuloma protuberans angiomatosus).** Russkij Westnik Dermatologia. 1928. Nr. 3.

Aus flachen, längere Zeit bestandenen Effloreszenzen entwickelten sich bei einem 28jährigen Mann teils papulo-keloidartige Gebilde, teils Geschwülste von pilz- oder traubenartigem Charakter. Pat. starb mit 33 Jahren. Histologisch handelte es sich um neugebildete Gefäße mit Schwellung und Proliferation des Endothels, starke leukozytäre Infiltration und hyaline Degeneration des Bindegewebes, der Papillen und um die Gefäße. Verf. bezeichnet den Fall als Granuloma protuberans et pediculatum symmetricum sive multiplex, oder abgekürzt Granuloma protuberalis angiomatosus. *A. Jordan*-Moskau.

Giuseppe Bertaccini: **Xeroderma pigmentosum. Klinische und experimentelle Untersuchungen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 4. S. 1151.

Die 18jährige Patientin *Bertaccinis* weist das typische Bild des Xeroderma pigmentosum auf: Pigmentierungen, Teleangiektasien, Verrucae, Atrophien, Epitheliome. Kein anderes Mitglied der Familie ist in ähnlicher Weise erkrankt.

Der Autor nimmt Veranlassung, an dem Falle Untersuchungen nach verschiedenen Richtungen anzustellen: Er stellte eine außerordentliche *Reaktivität gegen ultraviolette Strahlen* fest, welche sich durch frühes Auftreten, Intensität und Persistenz der Reaktion äußerte und vor allem durch eine Sensibilität gegen ganz kleine Dosen, die bei den Kontrollen ganz ungenügend waren, um eine Reaktion hervorzurufen. Die Xerodermiehaut ist dagegen *hyposensibel*, wie man auch eine geringere Sensibilität in der Folge wiederholter Bestrahlungen mit nachfolgender Pigmentierung feststellt.

Digitized by Google

Eine spezielle *Sensibilität* besteht auch *gegen weiche*, nicht filtrierte *Röntgenstrahlen*, die besonders aus der Tatsache hervorgeht, daß Dosen, die normalerweise kein Erythem erzeugen, ein Erythem veranlassen. Die Reaktion ist sehr charakteristisch durch die Dauer und durch eine nach längerer Zeit auftretende starke Steigerung. Die harten Röntgenstrahlen und die β- und γ-Radiumstrahlen verursachen normale und subnormale Reaktionen, aber mit einem protrahierten charakteristischen Verlauf.

Die *Dopa-Reaktion* in der guten Haut ergibt eine normale Pigmentgenese; in der Xerodermahaut fehlt die Dopa-Reaktion in den Zellen der Basalschicht, wo die Pigmentanhäufungen besonders dichtgedrängt sitzen. An der bestrahlten Haut zeigt die Dopa-Reaktion eine nicht sehr starke Intensitätserhöhung, die 5—10 Tage nach der Bestrahlung auftritt und dann geringer wird. Das gebildete Pigment wird zum großen Teil nach oben entfernt; seine Eliminierung geht Hand in Hand mit einer reichlichen Desquamation. Zum Unterschiede von den begrenzten Pigmentierungen, welche spontan in der Xerodermiehaut auftreten, ist die Pigmentierung auch nach wiederholten Bestrahlungen immer diffus.

Es gelang nicht, photosensibilisierende Substanzen nachzuweisen, auch nicht indirekt durch Übertragung auf Tiere.

Die Funktionsprüfung der Leber und des endokrinen-sympathischen Apparates ergaben normale Verhältnisse.

Alle untersuchten Epitheliome gehören zum spino-zellulären Typus; sie haben eine sehr geringe Tendenz zur Invasion, zeigen lange Ruhepausen und auch spontane Rückgänge (ohne völlig abzuheilen) und rezidivieren nicht am Orte der Exzision. Die Zellen der Tumoren sind Dopa-negativ.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

J. Nicolas, M. Favre u. *D. Dupasquiel:* **Über das melanotische Karzinom beim Xeroderma pigmentosum.** Ann. de derm. et de Syph. 1927. Nr. 8/9. S. 457.

Im Gegensatz zu dem meist bei Xeroderma pigmentosum zur Entwicklung kommenden Basalzellenepitheliom oder Stachelzellkrebs berichten die Autoren unter ausführlicher Berücksichtigung analoger Fälle aus der Literatur über die Entwicklung eines melanotischen Karzinoms.

Zurhelle-Bonn.

A. Steiner: **Zwei Fälle von Fistulae auris congenitae.** D. W. 1928. Nr. 10.

Feine, blind endigende Gänge oder Grübchen in der Umgebung des Ohres oder auf der Ohrmuschel werden von einigen Autoren auf Residuen der 1. Kiemenspalte zurückgeführt, von anderen auf unvollkommene Verwachsung zwischen Crus helicis und supratragicum, oder mangelhafte Verwachsung der Aurikularhöcker. Zwei vom Verf. exstirpierte Fisteln ergaben histologisch einen unregelmäßig dickwandigen Gang aus geschichtetem Plattenepithel mit unregelmäßigen Reteleisten, Akanthose und stellenweiser Parakeratose und Hyperkeratose bestehend. Maligne Entartung wurde nicht festgestellt, Nach der Exstirpation trat ein Rezidiv auf.

Schreyer-Berlin.

S. A. Glaubersohn: **Lymphangiectasia cutis nodularis disseminata.** D. W. 1927. Nr. 42.

Es wird über einen Fall von syphilitischer Nephrose und Schädigung des lymphatischen Apparates bei einem infantilen jungen Mädchen be-

Digitized by Google

richtet. Auf pastöser Haut bildete sich ein Ausschlag aus erbsengroßen, ovalen, harten, perlmutterfarbigen Knötchen, die tief in der Haut lagen und das Aussehen von Bläschen mit halbdurchtiger Flüssigkeit zeigten. Nach Reibung schien die Flüssigkeit zu verschwinden, der Finger fühlte ins Leere. Die sonst normale Haut sah an den Stellen faltig aus und schien atrophisch zu sein. Histologische Untersuchung und klinischer Verlauf sprachen für eine Ausdehnung der Zwischenräume in der oedematischen Haut durch die Ödemflüssigkeit, was die Diagnose Lymphangiectasia cutis rechtfertigt. *Schreyer*-Berlin.

Oskar Kieß: **Ein neuer Fall von Dermatofibrome progressif oder Fibrosarkome (Darier) bzw. Dermatofibrosarcoma protuberans (E. Hoffmann).** D. W. 1928. Nr. 1.

Bei einem 28jährigen Manne wird eine Bindegewebsgeschwulst der Bauchhaut festgestellt, die seit 2 Jahren besteht, sich durch Gutartigkeit, fehlende Neigung zu Rezidiven und Drüsenmetastasen bei typisch sarkomatösem Bau auszeichnet. Klinisch handelte es sich um dunkelrote, derbweiche knotige Verdickungen, die innerhalb einer sklerodermieartigen Platte saßen und dem von *Darier* und *Hoffmann* aufgestellten Krankheitsbild des Dermatofibrosarkoms entsprachen. Abweichend von den in der Literatur beschriebenen Fällen fanden sich histologisch verzweigte Einlagerung von Zellzügen und Übergang des spindelzelligen in ein polymorphkerniges Sarkom. Es wird angenommen, daß die Tumoren ihren Ausgangspunkt von der Umgebung der Kutisgefäße nehmen. *Schreyer*-Berlin.

A. Buschke u. *Helene Ollendorff:* **Ein Fall von Dermatofibrosis lenticularis disseminata und Osteopathia condensans disseminata.** D. W. 1928. Nr. 8.

Die Hauterkrankung zeigte sich bei einer debilen und infantilen 41jährigen Pat. und bestand aus disseminierten, ovalen und runden, leicht erhabenen Effloreszenzen, die annähernd symmetrisch die oberen Rückenpartien, Oberarme, Oberbauch, Gesäßgegend und Oberschenkel bedeckten. Röntgenologisch wurden in den Knochen linsengroße, vorwiegend in der Spongiosa lokalisierte Verdichtungsherde nachgewiesen. Es wird angenommen, daß Knochen- und Hautprozeß in gewisser Beziehung zueinander stehen und auf einer Konstitutionsanomalie beruhen.
Schreyer-Berlin.

Mirakjantz: **Ein Fall von Papillomatosis der Mundschleimhaut bei einem Syphilitiker.** Wratschebnaja Delo. 1928. Nr. 8.

Die papillomatösen Wucherungen saßen bei einem Türken mit + Wa.-R. auf dem harten und weichen Gaumen, der Uvula, den Mandeln und der Zunge. Histologisch: starke Wucherung des Epithels, Verlängerung der intrapapillären Ausläufer, kleinzellige Infiltration in der Papillarschicht, Verbreiterung der Gefäße. *A. Jordan*-Moskau.

William Becker-Chikago: **Further Studies on Generalized Teleangiectasia, with Results of Treatment by Ultra Violet Rays and Thorium-X-Emanation.** Acta dermato-vén. 1927. Vol. VIII. Heft 3.

Eingehendes Studium an 9 Fällen von generalisierten Teleangiectasien und genaue Literaturübersicht führen den Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. eine kongenitale Abnormität des vaskulären, vasomotori-

Digitized by Google

schen und endokrinen Systems ist die Voraussetzung des Auftretens der gen. Teleangiektasie; 2. Frauen sind doppelt so anfällig als Männer, weil sie nervöser sind und öfter und intensiveren Veränderungen des endokrinen Systems (Menstruation, Schwangerschaft) unterliegen. Die Zeit des Beginns der Affektion ist die 1. und 2. Dekade; 3. in allen gut beobachteten Fällen sind ursächliche Faktoren gefunden worden, der Ausdruck essentiell erscheint daher fürderhin unangebracht. Klinisch müssen die Ursachen geteilt werden in infektiöse, endokrine, kardio-vaskuläre und neurogene. Diese Faktoren hängen miteinander zusammen; 4. vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus sind die unmittelbaren Veranlassungen der vaskulären Dilatation a) mechanische, b) toxische, c) neurogene; 5. Thorium X-Emanation sollte in jedem Falle wegen der guten Prognose, die sie bietet, versucht werden. Ultraviolettes Licht und Senfpflaster ergeben nur teilweise Obliteration der Gefäße. *Arthur Alexander*-Berlin.

Mehn-Andersen, E.: **Keloid- und Vaccinationsnarben.** Medicinsk Revue. Jahrg. 43. S. 270.

Sehr große Keloide in Vakzinationsnarben bei einem 6jährigen Knaben. Nach $2^1/_2$ Jahr sind die Keloide spontan fast vollkommen zurückgegangen. *A. Kißmeyer.*

Hermann Werner Siemens: **Bemerkungen zu der neuen Polemik Meirowskys und Levens.** D. W. 1927. Nr. 40.

Verf. wehrt sich 1. gegen die Behauptung, daß die Erblichkeit der multiplen gezacktrandigen Pigmentmäler von ihm angezweifelt sei; 2. wurde nicht bestritten, daß einseitige Merkmale in typischer Weise erblich sein können, und 3. wurde nicht behauptet, daß die Erblichkeit der Naevi pigment. pilosi und der Naevi vasc. nur dann erwiesen sei, wenn Häufigkeitsbeziehungen zwischen ihnen und den Lentigines bzw. den Teleangiektasien beständen. *Schreyer*-Berlin.

E. Meirowsky u. *L. Leven:* **Schlußwort zu obiger Bemerkung.**

Verf. verzichten auf die weitere Polemik mit *Siemens* und verweisen auf die Arbeiten von *Lenz* in der „Zeitschrift für induktive Abstammungslehre" und in der „Menschlichen Erblichkeitslehre". *Schreyer*-Berlin.

Stanislaw Ostrowski-Lemberg: **Beitrag zur Histologie des Naevus (epitheliomatosus) sebaceus unilateralis capitis.** Acta dermato-ven. Bd. 8. H. 4. 1927.

Unmittelbar über der linken Ohrmuschel befindet sich ein 5 cm langer, $^1/_2$—1 cm breiter, etwas erhabener Herd, unter ihm ein zweiter, durch einen schmalen Streifen gesunder Haut getrennter Herd, ungefähr von der Größe eines 10-Groschenstückes. Die Herde bestehen aus kleinen warzenähnlichen Erhabenheiten von gelber Farbe mit einem Stich ins Rosarote. In der Mitte dieser Knötchen sieht man hier und da den Ausführungsgängen der Talgdrüsen entsprechende Vertiefungen, welche oft noch eine aus verhornten Epithelzellen und Talg bestehende Masse in ihrem Innern aufweisen. Der Knoten ist ziemlich hart und mit der Basis nicht verwachsen. Histologisch Hyperplasie und Überzahl der Talgdrüsen Epithelausläufer, von den Follikeln versprengtes Deckenepithel. Infiltrate im Papillarteile und im Bereich der Drüse erweiterte Gefäße, zahlreiche glatte Muskelfasern, hier und da Haaranlagen sowie in verschiedenen Richtungen ver-

Digitized by Google

laufende Kolbenhaare und erweiterte Schweißdrüsen. Erörterung der Literatur über Talgdrüsennaevi und -Adenome.

Arthur Alexander-Berlin.

J. Judin: **Zur Frage des sogenannten Adenoma sebaceum.** Venerologia und Dermatologia. 1928. Nr. 2.

Beschreibung von 2 Fällen von symmetrisch lokalisiertem Adenoma sebaceum bei einem 30jährigen Mann und bei einem 19jährigen Mädchen. Ersterer war geistig minderwertig, letztere litt an Epilepsie.

A. Jordan.

S. Glaubersohn: **Lymphectasia cutis nodularis disseminata.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 7.

Das Interesse dieses Falles liegt darin, daß sich bei der 18jährigen Kranken mit gummöser Syphilis und Nephrose gleichzeitig eine disseminierte Lymphectasiebildung auf den oberen Extremitäten, dem Rumpf, den Oberschenkeln und dem rechten Unterschenkel fand. Histologisch wurde die Diagnose bestätigt. *A. Jordan.*

L. N. Maschkilleisson und *M. J. Per:* **Ein Fall von Keratoma dissipatum naeviforme (Braun).** D. W. 1927. Nr. 38.

Bei einem 28jährigen, körperlich gesunden Manne werden seit 17 Jahren bestehende, strichförmig ausgebreitete Hornwucherungen an der Radialseite der rechten Hand beobachtet. Sie bestanden aus zahlreichen festen, hornartigen Bildungen, die größtenteils miteinander verschwommen waren und deren Oberfläche sich rauh, etwas gewölbt, von hellgelber-schmutzigbrauner Färbung zeigte. Die umgebende Haut wies keinerlei Entzündungserscheinungen auf. Die naeviforme Art unterscheidet sich von anderen Keratodermien durch Einseitigkeit oder unvollkommene Symmetrie. Da tuberkulöse Intoxikation, Lues, endokrine oder trophoneurotische Veränderungen auszuschließen waren, muß an eine späte naevoide Entstehung der Keratodermie gedacht werden. Die Bezeichnung naeviforme weist auf keimplasmatische Ursachen der Anomalie hin, die ja gewöhnlich in der Pubertät oder später in Erscheinung tritt. *Schreyer*-Berlin.

N. Anderson: **Zur Pathologie und Histologie der Dercum'schen Krankheit (Adipositas dolorosa).** Westnik Endokrinologii. 1927. Bd. 2. Nr. 2.

Verf. beobachtete zwei Fälle von Dercumscher Krankheit, von denen der eine eine 64jährige, der andere eine 71jährige Frau betraf. Die letztere ging an Erysipel ein und gab Anlaß zu einer genauen, pathologisch-anatomischen und histologischen Untersuchung. Diese erwiesen, daß die Hauptveränderungen im subkutanen Bindegewebe, im System der endokrinen Drüsen, im Knochensystem und endlich im sympathischen Nervensystem lagen. Die Veränderungen im subkutanen Bindegewebe bestanden in der Bildung der Dercum'schen Knoten, welche sich durch ein stark entwickeltes Netz von Blutgefäßen auszeichnen, so daß die Geschwulst Ähnlichkeit gewinnt mit einem Angiolipom. Von den endokrinen Drüsen erwies sich die rechte obere, um die Schilddrüse gelagerte Drüse stark vergrößert und fast ganz bestehend aus epithelialen Zellen vom Typus der *Erdheim*'schen Zellen, die Schilddrüse selbst vergrößert und sklerosiert, ebenso der vordere Abschnitt der Hypophysis vergrößert und sklerosiert, die Nebennieren entsprechend der Kapsel sklerosiert, die Rindenschicht

Digitized by Google

verdünnt und die Eierstöcke senil atrophiert und sklerosiert. Die interessantesten Veränderungen wurden aber von Seiten des sympathischen Nervenganglions beobachtet, welcher in jedem Schnitt gangliöse Zellen mit 2 Kernen von normaler Struktur enthielt. Dieser Befund erscheint Verf. am interessantesten und sieht er als Ursache der Dercum'schen Krankheit eine Dysfunktion des sympathischen Nervensystems an, da die Veränderungen der endokrinen Drüsen durch Alterserscheinungen erklärt werden können. *A. Jordan.*

N. Wedrow: **Skizze über den gegenwärtigen Stand der Xanthomfrage.** Russkij Westnik Dermatologia. 1927. Nr. 8.

32jähriger, an allgemeiner Fettleibigkeit, chronischer Nephritis, Hypertonie und Leberzirrhose leidender Schauspieler mit Xanthomen, welche sich unter Thyrosidinbehandlung deutlich zurückbilden. *A. Jordan.*

O. Baranowa: **Myxoedema tuberosum.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 7.

Zu den seltenen Beobachtungen dieser Krankheit fügt Verf. eine weitere aus der Klinik von Prof. Nikolsky in Rostow zu. Bei der 35jährigen Frau entwickelten sich, angeblich nach Malaria, derbe, Knötchen auf dem Kopf, Hals, Rücken und den Extremitäten, welche histologisch eine mucinöse Degeneration im Corium aufwiesen und unter Thyroisidinbehandlung schwanden. *A. Jordan.*

G. Tornabuoni: **Verrucosis generalisata.** Giorn. ital. di dermatol. 1928. Bd. 69 H. 2. S. 314.

Fall von besonders ausgedehnter Eruption von Verrucae planae juveniles et vulgares, welcher an *Lewandowsky's* „Epidermodysplasia verruciforme" erinnert.

Nach *Tornabuonis* Ansicht handelt es sich nicht um eine neue Krankheit, sondern darum, daß die Warzen unter bestimmten morphologischen und physiologischen Bedingungen und besonders als Folge eines dazu prädisponierenden Bodens klinisch atypische Eigenschaften annehmen können, so daß sie die Elemente der Psoriasis und Parapsoriasis imitieren. Dafür spricht die Tatsache, daß sich bei allen Fällen veruköse Elemente und solche vom Typus der Epidermodyplasia verruciforme finden. Vor allem aber entspricht der histologische Befund auch der von *Lewandowsky* beschriebenen Veränderungen dem der Verruca vulgaris. Auch die vakuoläre Degeneration der Stachelzellen, auf welche *Lewandowsky* differentialdiagnostisch Wert legt, findet man noch deutlicher bei den Verrucae.

Der Fall *Tornabuonis* wies gleichzeitig zahlreiche spitze Condylome auf. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Glauberson: **Über Epidermodysplasia verruciformis Lewandowsky-Lutz.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 2.

Ausgebreitete Epidermodysplasia verruciformis bei einer 52jährigen Frau mit angeblicher Entwicklung in den letzten 7 Jahren im Anschluß an eine Lungenentzündung. Histologisch: mäßige Hyperkeratose, Fehlen des Str. lucidum und granulosum, Verbreitung der R. Malpighii, vakuolisierte Zellen, pfriemenartig verlängerte Zäpfchen. *A. Jordan.*

Digitized by Google

Dr. Oskar Kieß: **Zur Kasuistik der Lentiginosis profusa.** D. W. 1927. Nr. 51.

An Hand eines selbst beobachteten Falles und Mitteilungen aus der Literatur wird das Krankheitsbild der Lentiginosis eingehend geschildert und zu differentialdiagnostisch in Frage kommenden Dermatosen in Vergleich gestellt. Auslösende Ursachen für das plötzliche Entstehen der Effloreszenzen bei einem 7 Monate alten Kinde waren nicht festzustellen. Histologisch fanden sich zahlreiche Naevusriesenzellen und reichlich scholliges Pigment. *Schreyer*-Berlin.

W. W. Cort: **Schistosome dermatitis in the United States. Baltimore.** Journ. Americ. Med. Ass. 1928. Vol. 90. Nr. 13.

In der Nähe des Douglas-Sees in Michigan hatten sich in den letzten Jahren zahlreiche Fälle von stark juckenden Dermatosen bei den Mitgliedern einiger Forschungsexpeditionen gezeigt. Verf. gelang es, als den Erreger ein Schistosoma, Cercaria elvae (*Miller*) festzustellen. Nach Sortieren von im See gesammelten Schnecken beobachtete Verf. intensiven Juckreiz an seinen Händen. Auf Waschen mit Seife und Alkohol hin zeigten sich zahlreiche Quaddeln. Nach einer halben Stunde Nachlassen der Beschwerden. Es blieben nur kleine Flecken zurück, die sich später zu Papeln und Pusteln umwandelten. Nach 6 Tagen Abheilung. Versuche zeigten, daß nicht alle Menschen gegen die Erreger empfindlich sind. Das Zentrum der Quaddeln blieb immer ein Haarfollikel. Handteller und Unterflächen der Vorderarme waren stets frei von Effloreszenzen, da hier keine Haare vorhanden waren. *Röntz*-Bonn.

Roberto Casazza: **Über die Dermatoendozoen, Mitteilung eines neuen Parasiten (Creeping disease und Pseudo-Scabies durch Dermatolecanium migrans).** Boll. d. l. soc. med.-chirurg. di Pavia. 1928. Jahrg. 43. H. 3.

Übersichtliche Darstellung der auf der Haut als Krankheitserreger wirkenden Metazoen, die zur Klasse der Arthropoden und zu der der Helminthen gehören.

Der eine der von *Casazza* beobachteten Fälle gehörte klinisch der Klasse der „creeping disease". *Cazenave* unterschied (Ann. de dermatol. 1927) drei Gruppen der „creeping disease": 1. die europäische und afrikanische Form, verursacht durch die Genera Gastrophilus und Hypoderma; bereits mehr als 100 Fälle bekannt. 2. ein in Japan beobachteter Typus, bei dem Verästelungen vom Gange daran denken lassen, daß der Parasit auf seinen Gängen zurückgekehrt; verursacht durch Gnathostoma und Echinorhynchus. 3. Der besonders in Florida beobachtete amerikanische Typus (2500 Fälle von *Kyrbi-Smith*, 300 von *Withe*, 100 von *Mc. Glasson* usw.). Die Herde sind multipel, bis zu 100 bei einem Befallenen; verursacht durch Agamonematodum, welches, abgesehen von den ausgedehnten Hauterscheinungen, auch Allgemeinerscheinungen verursachen kann. Dazu kommen als 4. Gruppe die in Amerika von *Klander* und *Hollingworth* (Arch. of dermatol. Bd. 16. Nr. 1. S. 78. 1927) beobachtete, durch eine Ameise (Solenopsis geminata Fabr. var. Fufa Jerd.) verursachte Form, und als 5. die hier zum ersten Male in Italien beschriebene, durch eine Larve der Cocciniglia veranlaßte Form.

Von besonderem Interesse ist aber die klinische Beobachtung, daß das zur Klasse der Cocciden gehörende „Dermatolecanium migrans"

Digitized by Google

sowohl eine juckende Hautkrankheit, die vollständig die Skabies durch Sarkoptes imitierte, und eine Form der Creeping disease hervorrufen kann. Die Cocciden stellen also gleichsam ein Bindeglied zwischen den beiden Erscheinungstypen dar. Umgekehrt kennen wir aus der Skabiesliteratur eine von *Darier* mitgeteilte Beobachtung *Dubreuilhs*, der an dem Fuße eines Skabieskranken einen 4 cm langen Gang sah, der im kleinen eine kurze Form der Creeping disease imitierte.

Die als Dermatoendozoen wirkenden Anthropoden können demnach zwei Haupterscheinungen verursachen, erstens die vom Typus der Skabies und eine zweite Form, die a) als progressive Linie vom Typus der Creeping disease, b) als wandernde Tumoren, c) als ein entzündlicher Tumor klinisch sich zeigen kann. Auch bei den Dermatoendozoen aus der Klasse der Würmer kommen diese drei letzten Typen vor: a) Creeping disease, verursacht durch Gnathostoma und Agomonematodum, b) wandernde Tumoren durch Sparganum prolifer, c) einzelne entzündliche Tumoren durch Fasciola, Cisticereo, Onchecerca. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

L. Kislitschenko und *N. Baranoff:* **Fliegenmaden als Wundenschmarotzer in Süd-Serbien (Mazedonien).** D. W. 1927. Nr. 24.

Bei 3 Patienten, die unter primitiven Verhältnissen mit Haustieren zusammenlebten, wurden in stark eiternden, vernachlässigten Wunden Fliegenmaden gefunden. Es handelte sich um Favus, Carcinoma orbitae und Osteoperiostitis gummosa, die jahrelang unbehandelt blieben. Die genaue Determination der gefundenen Maden wurde im Tropeninstitut vorgenommen. *Schreyer*-Berlin.

W. Feldmann und *M. Per:* **Zur Frage der Scabies norwegica (Borkenkrätze).** Venerologia und Dermatologia. 1928. Nr. 2.

Die norwegische oder Borkenkrätze stellt eine Variation der gewöhnlichen Krätze dar. Beide Formen werden durch einen und denselben sarcoptis scabiei communis var. hominis hervorgerufen. Zur Entwicklung der norwegischen Krätze sind, außer der langen Dauer des Bestehens und der Vernachlässigung des Prozesses, des Fehlens der elementarsten Regeln der Hygiene, auch andere Bedingungen nötig (geschwächte Widerstandsfähigkeit der Haut, vorhergegangene und begleitende Dermatosen, allgemeine Schwäche des Organismus usw.) · *A. Jordan.*

Feldmann und *M. Per:* **Contribution à l'étude de la gale norvégienne, un ou croûteuse. Communication d'un cas de la gale norvégienne invétérée associée à la trichophytie superficielle généralisée d'helmenthiase.** Acta dermato-ven. Bd. 8. H. 5. 1928.

Der Fall, dessen hauptsächliche Daten aus dem Titel ersichtlich sind, kam in der Moskauer Klinik zur Beobachtung, und zwar handelte es sich um einen 8 Jahre alten Knaben, der in denkbar unhygienischsten und unsaubersten Verhältnissen mit 8 anderen ebenfalls von Krätze und teilweise auch von Trichophytie befallenen Personen zusammenlebte. Der die Trichophytien verursachende Pilz war Tr. crateriforme. Verf. kommen zu der Schlußfolgerung — nach eingehendster Berücksichtigung der Literatur —, daß die sogenannte norwegische Krätze eine spezielle Varietät der gewöhnlichen Krätze ist, daß sie bedingt wird durch die gleiche Sarcoptesart wie diese (Sarcoptes scabiei communis var. hominis). Ohne die lange

Digitized by Google

Existenz des Krankheitsprozesses, den Mangel an Behandlung und die Abwesenheit der elementarsten hygienischen Regeln zu verkennen, sind doch noch andere Bedingungen für die Entwicklung der norwegischen Krätze notwendige Vorbedingung: Eine schwache oder doch wenigstens abgeschwächte Widerstandsfähigkeit der allgemeinen Decke, vorhergegangene resp. gleichzeitig bestehende Dermatosen, eine allgemeine Schwäche des Organismus. *Arthur Alexander*-Berlin.

L. Tixier, M. Favre, E. Morenas und *Ch. Petouraud:* **Amöbendysenterie und Hautulcerationen. Histologische, parasitologische und klinische Studie. Beitrag zur Kenntnis der chronischen Hautulcerationen (mit 7 Textfiguren).** Ann. de Derm. et de Syph. 1927. Nr. 10. S. 521.

Der Arbeit liegt die Beobachtung bei einem 53jährigen Manne zugrunde, bei dem sich neben enteritischen Störungen durch eine autochthone Amöbendysenterie im Laufe von 6 Jahren eine perianale Hautulceration ausgebildet hatte. Im Exsudat der Wunde wurden zahlreiche Dysenterie-Amöben gefunden. Die vorher äußerst hartnäckig jeder Therapie trotzende Hautulceration wurde durch Emetin-Injektionen schnell geheilt. Neosalvarsan hatte keine Wirkung. *Zurhelle*-Bonn.

J. R. Cash and *C. H. Hu:* **Kala Azar - Peking.** Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 19.

Nach subkutanen und intraperitonealen Impfversuchen an einer Hamsterart (Cricetulus griseus) zeigten sich typische Ablagerungen von *Leishman-Donovan*schen Körperchen in den retikulo-endothelialen Zellen der Haut. Am deutlichsten fand sich dies bei den subkutan gelegenen. Bei menschlichem Sektionsmaterial (2 Fälle) wies die Haut ebenfalls zahlreiche Klasmatocyten auf. Letztere lagen im Corium in der Umgebung der Schweißdrüsen und der Arteriolen. Eine Pigmentvermehrung konnte nicht festgestellt werden. *Röntz*-Bonn.

Pilzerkrankungen.

C. L. Karrenberg: **Allgemeinexanthem oder generalisierte Epidermophytie mit dem Epidermophyton Kaufman-Wolff als Erreger.** D. W. 1927. Nr. 35.

Es wird ein Fall von Epidermophytie des rechten Fußes beobachtet, bei dem man Epidermophyton Kaufman-Wolff mikroskopisch und kulturell nachweisen konnte. Die Affektion erinnerte an akutes Ekzem. Es kam zu gleichartigen Herden an den Extremitäten, den Supraclaviculargruben, im Gesicht und in den Inguinalfalten. Die Hautaffektion wird als allergisches Allgemeinexanthem aufgefaßt, obwohl kein eindeutiger Beweis dafür erbracht werden kann. *Schreyer*-Berlin.

G. Falchi: **Über einen ungewöhnlichen Fall von Gangrän des Gesichtes.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1325.

Bei der 26jährigen Patientin *Falchi*s, welche gleichzeitig an einer Lungentuberkulose litt, war im Gesicht, von der Nasengegend sich ausbreitend, eine ungewöhnliche gangränöse Bildung entstanden. Seinem Charakter nach war der Krankheitsherd im wesentlichen gangränös und hatte zu einer Zerstörung der Knochen und Weichteile geführt. Unter wechselnden Remissionen und akut einsetzenden Verschlechterungen war bei der Patientin der Exitus eingetreten.

Digitized by Google

Die Diagnose gestaltete sich bei dem negativen Ergebnis der serologischen, kulturellen und histologischen Untersuchungen außerordentlich schwierig. Nach dem klinischen Bilde war eine *Noma* anzunehmen. Nach mehreren vergeblichen Kulturversuchen gelang es, einen Pilz in Reinkultur darzustellen, welcher von Prof. *Pollacci* als *Hemispora stellata* anerkannt wurde. Eine auf diesen Befund hin eingeleitete Jodbehandlung führte zu keiner Besserung, da die Patientin nur relativ kleine Joddosen vertrug. Das Serum der Patientin agglutinierte den Sporotrichon 1 : 125, Hemispora 1 : 90 und ergab deutliche Hämolyse mit dem aus Sporotrichon weniger mit dem aus Hemispora hergestellten Antigen. Starke positive Reaktion bei Intradermoreaktion mit Sporotrichin und von Hemispora stammende Antigen und geringere mit Trichophytin.

Falchi nimmt an, daß der klinisch der Noma entsprechende Symptomenkomplex durch Hemispora stellata verursacht wurde.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Mac Leod u. *Dowling:* **An experimental study of the Pityrosporon of Malessez: Its morphology, cultivation and pathogenicity. (Eine experimentelle Studie über das Pityrosporon von Malassez: Seine Morphologie, Kultivierung und Pathogenität.)** The Br. j. o. D. a. S. 1928. 4.

Morphologisch zeigt sich das Pityrosporon (P.) als Kürbisform mit kreisförmiger Haube. Es läßt sich leicht färben z. B. mit Gentianaviolett und Methylenblau. Es ist Gram-positiv. Züchten läßt sich das P. in Maltoseagar oder saurem Glyzerinagar. Rezepte angegeben. In flüssigen Medien erkennt man ungeteilte Myzelfäden, die in seitlichen Knospen Sporen erzeugen. Es handelt sich also um einen hefeartigen Pilz der Monilia und Saccharomyces verwandt. Der Pilz ist oft in Symbiose mit andern, z. B. dem Microbacillus Sabouraud und dem polymorphen Kokkus. Man findet ihn bei Pityriasis simplex, fettigem Kopfschorf, bei zirzinärer Seborrhöe und in den Komedonen. Wie weit das P. ätiologisch in Frage kommt bei den verschiedenen Formen der seborrhöischen Hauterkrankungen, steht noch nicht fest, wahrscheinlich kommt für diese Dermatosen das P. in Symbiose mit dem Staphylococcus albus in Betracht. Klarheit in diese Fragen wird jetzt wohl bald kommen, seitdem die Züchtungsschwierigkeiten des P. behoben sind. Verf. haben nun versucht, durch Impfung mit dem P. zu eruieren, ob konsekutiv eine seborrhöische Dermatitis zu erzeugen sei: 1. bei seborrhöischen Patienten entwickelte sich nichts, wenn nur eingerieben in die Haut; 2. dagegen ging die Kultur jedesmal an und erzeugte seborrhöische Dermatitis, wenn eine Pilzsuspension injiziert oder auf skarifizierter Haut eingerieben wurde. Bei einer weiteren Gruppe von Versuchspersonen, bestehend in Dermatitis seborrhoica figurata, pityriasiformen, dem kleinen papulofollikulären und dem psoriasiformen Typ, gelang in jedem Falle so etwas wie Dermatitis seborrhoica, klinisch wenigstens, zu erreichen. Eine weitere Gruppe, die nicht an Zuständen ähnlich der Dermatitis seborrhoica litt, beantwortete Injektion wie Skarifikation mit der Bildung einer Gruppe follikulärer Papeln, die nach etwa 10 Tagen spontan wieder verschwand. Mitunter war die Reaktion hier aber auch lebhafter, einmal gelang es, auch hier einen typisch figuraten Typ zu erzeugen. Weiter wäre zu berichten, daß eine schon bestehende Dermatitis seborrhoica sich verschlimmerte nach der Impfung, eine ge-

Digitized by Google

mischte psoriasiforme und pityriasiforme Form heilte dagegen schnell nach Impfung. Manche ähnliche Fälle verhielten sich wieder völlig gleichgültig gegenüber Impfung. Nach allem halten Verf. das P. für die Ursache der verschiedenen Arten der Dermatitis seborrhoica, aber auch für den Pruritus ani und die Dermatitis scrotalis und inguinocruralis soll er verantwortlich sein. Zu dieser letzten Annahme kurze Kasuistik mit positivem P. Dazu 3 Illustrationen, deren 2 den Impferfolg auf normaler und seborrhoischer Haut zeigen. *Siegfried*-Aachen.

J. Montpellier u. *A. Catanei:* **Menschliche Pilzerkrankung durch einen Pilz der Art „Hormodendron: H. Algeriensis nov. sp.".** Ann. de derm. et de Syph. 1927. Nr. 11.

Es handelte sich um Wucherungen am rechten Unterschenkel und Fuß bei einem 60jährigen algerischen Eingeborenen, die etwa seit 10 Jahren bestanden. Wa.-R. positiv. Auf antisyphilitische Behandlung nur vorübergehender Rückgang. Mikroskopischer Bau wie bei Sporotrichose; außerdem fanden sich viel Pilze, die zum Hormodendron Bonorden, 1851, zu gehören scheinen. Verf. nehmen eine neue Spezies an, für die sie den Namen H. Algeriensis vorschlagen. *Zurhelle*-Bonn.

Frau *A. Pelévinc* u. *N. Tschernogouboff:* **Chronische Trichophytie der Haut mit Erscheinungen bei allen Mitgliedern ein und derselben Familie. Ausbreitung der Trichophytie auf die Schleimhäute, die Lymphdrüsen und die Knochen.** *R. Sabouraud:* **Bemerkungen zu vorstehender Arbeit.** Ann. de derm. et de Syph. 1927. Nr. 7. S. 403.

Die Autoren berichten über 3 Geschwister: ein 19jähriges Bauernmädchen, das mit $1^1/_2$ Jahren an roten Flecken erkrankte; mit 14 Jahren begannen Drüsenanschwellungen am Halse und in den Achselhöhlen. Mit 18 Jahren folgte Schwellung der linken Parotis und fistulöse Erkrankung des Sternums. Der Bruder ist 24 Jahre alt. Auch bei ihm begann die Erkrankung mit $1^1/_2$ Jahren. Mit 18 Jahren zeigte sie sich an vielen Stellen des Körpers. Vornehmlich besteht eine knotenförmige Erkrankung, die Haare sind kurz, spärlich, sehr zahlreich in der Haut oder kurz darüber abgebrochen. Auch die Nägel sind ergriffen (Onychogryphosis). Die Mundschleimhaut ist im ganzen von unregelmäßigen Belägen bedeckt (Abbildung). Endlich ist auch ein 9jähriger Bruder von Kindheit an erkrankt. Bei ihm trat die Generalisierung mit 6 Jahren ein. Die Herde sind bei ihm nicht ganz so stark infiltriert wie bei seinen Geschwistern. Bei der Mutter sind fast alle Handnägel erkrankt und zeigen mikroskopisch Pilze. Sonst ist aber bei ihr keine Generalisierung erfolgt. In den Schuppen, Haaren, Nägeln, Eiter der erweichten Drüsen und Knochenfisteln, im Urinsediment, auf der Mund- und Vaginalschleimhaut fanden sich Pilze. *Kulturell* wurde immer wieder Trichophyton violaceum nachgewiesen. In einem Nachwort weist *Sabouraud* auf die Bedeutung der interessanten Beobachtungen hin und der mikroskopischen Befunde (Destruktion des erkrankten Haarfollikels, Drüsenhistologie usw.), sowie auf die Rolle, die in solchen Fällen immer dem Trich. violaceum zukommt. *Zurhelle*-Bonn.

M. Mgebrow: **Ekzem- und psoriasisartige Pilzerkrankungen der unbehaarten Haut.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 4.

Verf. berichtet über 21 atypische Trichophytien der glatten Haut, hervorgerufen durch das Trychophyton violaceum, unter denen in 16 Fällen

Digitized by Google

die Trichophytie der Haut kombiniert war mit einer solchen des Kopfes und der Nägel; in einem Fall Haut und Kopf, aber nicht die Nägel und in 4 Fällen bloß die Haut betroffen war. Ebenso sah er eine Reihe von atypischen Favusfällen. Sowohl die ersteren wie die letzteren Fälle können diagnostische Schwierigkeiten machen und erweisen sich, der Behandlung gegenüber, oft recht hartnäckig. *A. Jordan*-Moskau.

F. D. Weidman: **Dermatophytosis-The newer Ringworm.** Philadelphia, Journ. Americ. Med. Ass. 1928. Vol. 90. Nr. 7.

Bei allen interdigitalen Erkrankungen ist stets an eine Pilzaffektion zu denken. Nachweis auch für den praktischen Arzt sehr leicht durch Anfertigung eines Pilzpräparates (10% KOH). Die interdigitalen Trichophytien zeigen ein sehr wechselndes Bild. Einmal ist das Aussehen mehr ekzematös, einmal mehr pustulös. Besonders die Zehenerkrankungen sind sehr hartnäckig. In Amerika wurden bisher 15 verschiedene Pilzarten dabei festgestellt. Infektion erfolgt durch Schuhe, Strümpfe und in Badeanstalten. Therapie: Teer, Chrysarobin, Salizylsäure aufsteigend bis 8%, Karbolsäure, Jodtinktur und Röntgen. Wechseln der Therapie ratsam. Auch Heißluftbäder werden zur Abtötung der Parasiten empfohlen.

Röntz-Bonn.

J. Guiart u. *L. Grigoramis:* **La classification botanique des champignons.** Lyon méd. 1928. Bd. 141. Nr. 14.

Einteilung der Pilze nach rein botanischen Gesichtspunkten im Gegensatz zu der *Sabouraud*schen, für die klinische Momente, z. B. die Stellung des Pilzes zu den Haaren, maßgebend sind. Die Verf. haben ein System aufgestellt, das einzig und allein auf dem Vorhandensein der Reproduktionsorgane beruht: Es sind das die Spindeln, die Chlamydosporen und die Aleurien resp. Arthrosporeen. Die Pilze gehören sämtlich zu den Arthrosporeen, d. h. zu den niederen Pilzen, die sich durch einfache Fragmentation des Myzeliums vermehren. Diese Arthrosporeen zerfallen wieder in 1. Aleurismés und 2. Mycodermés. 1. enthält die Arten a) Mikrosporon und b) Trichophyton; 2. ist repräsentiert durch das Achorion. Bei a) unterscheiden wir α) die Closterosporia (nur Spindeln) und β) die Closteroaleurosporia (Spindeln + Aleurien). Typus von α) ist das M. lanosum, von β) das M. Audouini. Was das Genre b) anbetrifft, so zerfällt es in 2 sous-genres, nämlich Chlamy doaleurosporia (Typus Tr. crateriforme) und Aleurosporia (Typus Tr. acuminatum). 2. Die Mycodermés (Typus A. Schönleinii) sind Pilze mit glatten feuchten Kulturen und Arthrosporen, Sie zerfallen in folgende Sous-genres: Grubyella (Typus A. Schönleinii), Endodermophyton (Typus E. concentricum) und Bodinia (Typus Tr. violaceum).

Weitere Einzelheiten der Einteilung und insbesondere deren, übrigens nicht immer ganz zutreffende Begründung sind im Original einzusehen.

Arthur Alexander-Berlin.

E. Wassilewa: **Zur Lehre der familiären Oxychomykosis.** Venerologia u. Dermatologia. 1928. Nr. 3.

Verf. konstatierte in einer Familie aus der Provinz bei der Mutter, dem Sohn und den Töchtern Oxychia trichophytica, was sie

Digitized by Google

einerseits auf eine familiäre Disposition zu Nagelerkrankungen, andererseits auf die Beschäftigung aller Familienglieder mit Viehzucht zurückführt. *A. Jordan*-Moskau.

S. G. Hare u. *P. Tate*-Cambridge: **On the Fungi causing Ringworm in children attending London County council schools. (Über die bei den Kindern der Londoner Grafschaftsschulen gefundenen Pilzvarietäten.)** Journal of hyg. 1927. Bd. 27. Nr. 1. S. 32—36.

In Paris sind die Endothrixfälle unter den Kopftrichophytien vorwiegend (66%). In London wird im Gegenteil die erwähnte Region hauptsächlich durch das Mikrosporon Audouini heimgesucht (70%). Das stimmt gut überein mit *Fox* und *Blaxalls* Untersuchungen aus dem Jahre 1896, die in London 80—90% kleinsporige Tr. fanden. — Die vorliegenden Untersuchungen der Verf. beziehen sich auf 69 Fälle: 3 davon waren Favus (Achorion Schönleinii), 54 kleinsporige Mikrosporen und 12 großsporige Endothrix fälle. Letztere sind: 5 Fälle Tr. crateriforme, 2 Tr. sulfureum, 4 Tr. acuminatum, 2 Tr. violaceum; Tr. crateriforme trat in mehreren Varianten auf (ähnlich dem Tr. regulare resp. exsiccatum), jedoch meinen die Verf., daß die Unterschiede nicht ausreichend sind, um die betreffenden Myzeten als besondere Arten zu kennzeichnen, daß man sie vielmehr als crateriforme bezeichnen sollte. Von den 54 Mikrosporenfällen waren 48 M. Audouini 1 M. lanosum, 1 felineum, 4 waren unrubrizierbar: 2 davon ähnelten M. velveticum. Wir haben es also in den Schulen von London ganz vorwiegend mit humanen Stämmen zu tun, d. h. die Infektion wird von einem Kinde zum andern getragen und nicht von außen her durch animale Pilzstämme (Exothrixanten fehlen völlig!) vermittelt.

Arthur Alexander-Berlin.

C. L. Karrenberg: **Ein neuer Kolben zur Züchtung und Aufbewahrung von Pilzkulturen.** D. W. 1927. Nr. 50.

An Hand von 4 Abbildungen wird die Konstruktion eines Kolbens beschrieben, der aus einem haubenförmigen Oberteil und einer darunter stehenden flachen Schale besteht, die zur Aufnahme des Agars dient. Drei Spiralfedern halten beide Teile fest zusammen, so daß ein luftdichter Abschluß erzielt wird. Die Ränder beider Teile sind Normalschliffe, die genau aufeinanderpassen. Nach Entfernung des oberen Teiles kann die Schale mit passendem Deckel verschlossen und als Sammlungskultur aufbewahrt werden. Außerdem wird makroskopische und mikroskopische Betrachtung der Kultur bei auffallendem Lichte ohne dazwischenliegende Glaswand ermöglicht. *Schreyer*-Berlin.

A. v. Karwowski: **Ein ungewöhnlicher Fall von rezidivierender Hautgangrän in Verbindung mit Pilzinfektion der Haut.** D. W. 1928. Nr. 6.

Bei einem jungen Mädchen zeigten sich auf einem Trichophytieherd des Handrückens, in dem Trichophyton acumin. nachgewiesen wurde, innerhalb 24 Stunden nekrotische Herde, die von Zeit zu Zeit rezidivierten. 14 Monate nach Beginn der Erkrankung bildeten sich am Ellenbogen Favusskutula, nach deren Schwinden ein neuer gangränöser Herd an der erkrankten Stelle entstand. Selbstbeschädigung wurde nicht bestätigt, dagegen lag die Vermutung nahe, daß durch die langdauernde Einwirkung

Digitized by Google

der Pilztoxine eine Überempfindlichkeit der Gewebe hervorgerufen und an diesen Stellen durch angioneurotische oder trophische Einflüsse die Nekrose verursacht wurde. *Schreyer*-Berlin.

E. Damer: **Zwei ungewöhnliche Fälle von Favus corporis.** Venerologia u. Dermatologia. 1928. Nr. 4.

Verf. sah bei einer 32jährigen Frau und einem 14jährigen Mädchen eine diffuse Ausbreitung der Favus-Scutula über den Kopf, den ganzen Körper und die Extremitäten mit Freibleiben der Nägel. Histologisch saßen die Pilze nur im Str. corneum, wodurch auch der Krankheitsprozeß unter Anwendung der gewöhnlichen Mittel schnell wich.

A. Jordan-Moskau.

Melik-Bek-Sultanow: **Zur Frage der Favide und des postfaviden Leukoderma.**

N. Kolernikow: **Zur pathologischen Anatomie des Favus und der Favide.** Venerologia u. Dermatologia. 1928. Nr. 4.

Ersterer Autor beschreibt 2 Fälle von Auftreten von Faviden mit Entwicklung in einem dieser Fälle von Leukoderma, der zweite Autor beschäftigte sich mit der histologischen Struktur des Favus und der Favide. Bei der squamösen Form des Favus fand Verf. ungleichmäßige Verdickungen und Auflockerung der Hornschicht, bei der skutulären Form Nekrosen. In den Haaren wurden stets Pilze gefunden, wobei von Interesse ist eine lymphozytäre Perifollikulitis. In der Kutis kamen keine Pilze vor. Bei den Faviden konstatierte Verf. Parakeratose, Ödem und Infiltration der Hornschicht, Verdünnung und seröse Entzündung im Str. spinosum.

A. Jordan-Moskau.

N. Ischumakow: **Ein seltener Fall von Favus capillitii.** Russkij Westnik Dermatologia. 1928. Nr. 5.

21jähriger, nicht zum Militärdienst angenommener Mann mit Favus capillitii, eitrigem Prozeß der Lungen, Mediastinitis und Perikarditis. Er starb. Bei der Sektion fanden sich in der rechten Lunge Favuspilze.

A. Jordan-Moskau.

W. Engelhardt: **Über Sproßpilzbefunde bei pemphigusartigen Erkrankungen.** D. W. 1927. Nr. 39.

In den pustulösen Effloreszenzen einer zur Pemphigusgruppe gehörenden Hauterkrankung, die klinisch den Hefe- und Soormykosen ähnelte, wurden kulturell züchtbare Hefen und im gefärbten Präparat „hefeähnliche Körperchen" nachgewiesen. Das Blut erwies sich bei der kulturellen Untersuchung vor und nach den Blaseneruptionen als steril. Antikomplementäre und agglutinierende Stoffe wurden nicht gefunden. Durch Impfung mit Blaseninhalt, Blasendecke und dem gezüchteten Hefestamm gelang es, die für das Krankheitsbild charakteristischen Effloreszenzen zu erzeugen. Kontrollversuche an Gesunden unterschieden sich wesentlich von dem Impferfolg bei der Pat., was für die Überempfindlichkeit der Haut gegen Hefen und Soorstämme spricht. Nach dem Krankheitsverlauf, dem positiven Ausfall des Jodkalireizversuches und dem nicht konstanten Hefebefund in jungen Blasen wird angenommen, daß Mykose und Dermatit. herpetif. vorgelegen hat. Die erodierten Herde

Digitized by Google

ergaben einen günstigen Nährboden für die Hefen, die schließlich zu einer Überempfindlichkeit des Hautorgans führten. Hefepilze vermögen auch auf der äußeren Haut ein dem Pemphigus bzw. der Dermatitis herpet. ähnliches Krankheitsbild hervorzurufen. *Schreyer*-Berlin.

T. Beneelek: **Schizosaccharomyces hominis n. sp., die erste menschenpathogene Spalthefe.** Z. f. Bakt. Abt. 1. Orig. Bd. 104. H. 5/6. S. 291—303. 1927.

Die Spalthefe, eine vom Verf. neu gefundene pathogene Hefenart, von der er bisher 50 Stämme in Leipzig isoliert hat, ist seiner Überzeugung nach der Erreger der seborrhöischen Ekzeme. Er unterscheidet bei den Spalthefen außer der von ihm gefundenen menschenpathogenen noch drei andere Arten:

1. Schizos. Pombe, *Lindner* 1893,
2. „ octosporus, *Beizerinck* 1894,
3. „ mellacei, *Jörgensen* 1898.

Alle diese Arten sind weder tier- noch menschenpathogen. Im Ausstrich der zu untersuchenden Schuppen und des Wundsekretes der ekzematösen Stellen findet man nur uncharakteristische Sporen, erst die Kultur gibt ein sicheres Resultat. Man kann auf Grütz züchten; Verf. gibt als besten Nährboden seinen 8%igen Glucoseagar an: Aqua dest. 1000,0, Pepton Merck 10,0, rohe Glucose Merck 70,0, Agar 20,0. Auch auf Würzegelatine wächst der Pilz. In der Kultur findet man als besonders charakteristische Form: Zellformen, die wie Nähmaschinenschiffchen aussehen, daneben auch an einem oder an beiden Enden abgerundete „Riesenbazillen". Die Fortpflanzung geschieht durch Querteilung, doch sieht man daneben auch frei gewordene Ascosporen. Sehr schöne Resultate für die Untersuchung der verschiedenen Zellformen erhält man durch Vitalfärbung mit Toluidinblau. Die Kolonien des Pilzes auf Glukoseager sind prall vorwölbend, fast halbkugelig grauweiß, scharf begrenzt glänzend, anfänglich — in junger Kolonie — typisch fadenziehend, welch letztere Eigenschaft eher mit fortschreitendem Alter bzw. Versporung verloren geht. Später nimmt die Kultur, je weiter die Versporung fortschreitet, eine dunkle Milchkaffee- oder sogar Schokoladefarbe an. *Arthur Alexander*-Berlin.

Syphilis. Therapie.

Hugo Hecht: **Rezidiv nach jahrelanger Latenz bei Abortivbehandlung der Syphilis.** D. W. 1927. Nr. 37.

Es wird über 2 Fälle von seronegativen, abortiv geheilten Primäraffekten berichtet, die nach langer Latenzzeit serologische und klinische Rezidive zeigten. Im ersten Fall handelte es sich um eine luetische Arteriosklerose, die direkte Todesursache war. Im zweiten Fall um ein Virulentwerden von Syphiliserregern, die in der Umgebung des alten P.-A. im Gewebe lagen, verursacht durch eine Schleimhauterosion eines Erythema exsudat. Es erfolgte eine zweite Aussaat von Spirochäten über den ganzen Körper, die Seroreaktionen wurden nach Auftreten des Exanthems positiv. — Metasyphilitische Erkrankungen gehören nach Ansicht des Verf. bei den jahrelang symptomlos gebliebenen und anscheinend geheilten Abortivfällen zu den Ausnahmen. Mehrere 100 gut beobachtete Fälle stützen diese Behauptung. *Schreyer*-Berlin.

Digitized by Google

H. Becker: **Erfahrungen mit Saprovitan.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 24.

Verf. berichtet über Erfahrungen, die er mit dem von den Sächsischen Serumwerken in Dresden in den Handel gebrachten fiebererzeugenden Mittel Saprovitan B an 15 Fällen, darunter 12 Fällen von Tabes dorsalis, 2 Fällen von alter Lues cerebri und 1 Fall von progressiver Paralyse gemacht hat. Das Saprovitan, das aus einem Gemisch lebender Saprophyten besteht, die nach Angabe der Fabrik vollkommen ungefährlich für den Organismus sein sollen, erwies sich in 14 Fällen als ein exakt und prompt wirkendes pyrogenes Mittel, das wohl geeignet erschien, die Malariabehandlung in besonderen dafür nicht geeigneten Fällen zu ersetzen. Auch die Heilerfolge waren besonders bei den lancinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen der Tabiker gute. In einem Falle von Tabes dorsalis kam es aber zu einer Saprophytensepsis, durch die der Kranke ad exitum kam. Aus diesem Grunde wurde die weitere Anwendung des Saprovitans vollständig eingestellt. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Joseph Earle Moore, M. D. Baltimore: **Die Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems.** The Journal of American Medical Association, 20. August 1927.

I. Verf. hat sich für die verschiedenen Arten der Neurosyphilis bestimmte, individuell eingestellte Behandlungssysteme aufgebaut, und zwar:

a) für die „minimale" (nach seiner Bezeichnung) Neurosyphilis, die gewöhnliche antisyphilitische Behandlung;
b) für die menigeale Früh- und meningovaskuläre Spätlues, die „verstärkte gewöhnliche" Kur.
c) für besondere Fälle von Tabes, „intraspinale" Behandlung;
d) für Paralyse, Tryparsamid, Malaria oder beides, und schließlich
e) für Optikusatrophie intraspinale Behandlung.

II. Infolge dieser Behandlungsmethoden ist es möglich gewesen, in einem Ambulatorium 62% ausgezeichneter, resp. gut kombinierter, klinischer und serologischer Resultate bei meningealer Frühneurosyphilis zu erzielen; 59% bei meningovaskulärer Spätneurosyphilis und 31% bei Tabes. Remissionen sind geheilt worden in 57% einer kleinen Reihe von Patienten mit Frühparalyse, und 40% zufriedenstellender Resultate wurden erzielt bei früher, primärer Optikusatrophie.

III. Bei Tabes bewirkte die Hinzufügung der intraspinalen Therapie zum Behandlungsschema 43% ausgezeichneter Resultate. Bei primärer Optikusatrophie hält Verf. die intraspinale Behandlung für die einzige Möglichkeit, den Prozeß zum Stillstand zu bringen. Bei später, meningovaskulärer Neurosyphilis hingegen scheint ihm diese Behandlung nur von geringem Wert zu sein.

IV. Die paretische Kurve der Spinalflüssigkeit bei jeder Art von Neurolues ist von ganz besonderer prognostischer Bedeutung.

V. Die geeignetste Behandlung der Neurosyphilis besteht in der zweckentsprechenden Behandlung der Frühlues. Sobald man — nach Ansicht des Verf. — allgemein erkannt haben wird, daß man der Neurolues durch „klug angewandte Nachprüfung" der Spinalflüssigkeit im Frühstadium der Infektion vorbeugen kann in Verbindung mit wechselndem Behand-

Digitized by Google

lungssystem, um dem Entstehen positiver Resultate zu begegnen, wird die Neurolues klinisch nur mehr in geringem Ausmaße zur Behandlung gelangen. *Auerbach*-Bonn.

Heinrich Ruge: **Der Einfluß hochfieberhafter Infektionskrankheiten auf den Verlauf der Lues.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 20.

Fieberhafte Erkrankungen haben insofern auf den späteren Verlauf der Lues Einfluß, als mehr tertiärsyphilitische Formen entstehen als Formen der Viszerallues und der Lues des Z.N.S., ganz gleichgültig, ob die voraufgegangene Behandlung gut oder schlecht war. Die Inkubationszeit für Lues III ist nach Überstehen einer fieberhaften Erkrankung etwas verkürzt gegen sonst, dagegen wird sie bei Lues des Z.N.S. allem Anschein nach erheblich über den gewöhnlichen Zeitpunkt herausgeschoben. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Zur Syphilisbehandlung. D. W. 1928. Nr. 9. Sammelreferat von *Arning, Almquist u. a.*

Gegenüber der Forderung mancher Autoren, das Salvarsan in der Sekundärperiode der Syphilis zu vermeiden, um die natürlichen Immunisierungserscheinungen nicht ungünstig zu beeinflussen, erklären sich namhafte Autoren für eine energische Behandlung mit Sa, Bi und Hg. Eine Vermehrung der Paralyse und Aortitis nach Salvarsanbehandlung ist bisher zahlenmäßig nicht sicher bewiesen, auch widerspricht es der Erfahrung, daß behandelte Fälle häufiger Späterscheinungen am Nerven- oder Gefäßsystem aufweisen. Im Kampf gegen die Syphilis als Volksseuche kann auf das Sa nicht verzichtet werden, da es die ansteckenden Früherscheinungen schnell unterdrückt und damit die Ausbreitung der Krankheit verhütet. *Schreyer*-Berlin.

Nikolsky u. *Koshewnikow:* **Augenblicklicher Stand der Syphilisbehandlung.** Medicinskaja Myssl. 1928. Bd. 4. Nr. 3, 5.

In dieser Übersicht geben die Verf. den Stand der Syphilisbehandlung an der Klinik für Haut- und venerische Krankheiten in Rostow a. D. wieder, der sich im Augenblick nicht von derjenigen an anderen Kliniken bedeutend unterscheidet. In Ausnahmefällen sprechen sich die Verf. für eine präventive Behandlung aus, wenn nämlich sichere, lokale, infektiöse, syphilitische Erscheinungen beim Partner vorliegen, Erosionen oder Risse beim Betroffenen konstatiert werden und die Zeit zwischen der Infektionsmöglichkeit und dem Beginn der Krankheit eine Woche nicht übersteigt. Bei Behandlung einer Syphilis im sekundären Stadium ziehen die Verf. die kombinierten Hg-N S-Kuren den kombinierten Bi-N S-Kuren vor und legen speziell großes Gewicht darauf, daß wenigstens eine Kur in einem Schwefelbade vorgenommen werde. *A. Jordan*-Moskau.

Walter Krantz: **Über die kombinierte Anwendung von Salvarsan und Immunserum.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 7.

Bei subkutan mit Rekurrensspirochäten infizierten Mäusen, die am zweiten Tage nach der Infektion 0,002—0,001 Neosalvarsan intravenös, eine Menge, die unter der sterilisierenden liegt, und einige Stunden später 0,2 ccm Immunserum erhielten, ging die Infektion nicht an. Im Gegensatz dazu erwies sich die alleinige Gabe der gleichen Menge Neosalvarsan oder von Immunserum als wirkungslos. Verf. will für diese Ergebnisse keine bindenden theoretischen Erklärungen geben, er glaubt aber, daß durch

Digitized by Google

das Neosalvarsan eine Virulenzabschwächung der Spirochäten herbeigeführt wird und durch das Immunserum dann die virulenzschwachen Erreger vernichtet werden. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Kolb: **Bismoprotin, ein Mittel zur Behandlung resistenter Syphilis.** M. K. 1927. 44. (Firma Dr. Heisler in Chrast, Böhmen.)

Das Präparat, das Protein- mit Bi-Therapie kombiniert, wird in Ampullen geliefert, die vor Entnahme des Inhaltes in heißem Wasser gelagert und so lange geschüttelt werden müssen, bis gleichmäßige Emulsion sich zeigt. Injektion mit großkalibrigen Nadeln tief in Glutäen jeden 3.—4. Tag steigernd von 1,5—5 ccm. Injektion angeblich fast schmerzlos. Verf. hat sich des Mittels allein oder kombiniert mit Salvarsan bedient in Fällen, die jahrelang bestanden. Beigegebene kurze Kasuistiken erweisen schnelles Umschlagen der hartnäckigen positiven Wa.-R. zum Negativen. Tabiker verlor lancinierende Schmerzen und fährt wieder Rad, Paralytiker wurde wieder arbeitsfähig auch quoad Coitus, spezifische Aortitis mit Herzbeschwerden schwand. Verf. gibt aber zu, nicht über großes Material zu verfügen. *Siegfried*-Aachen.

Umfrage: **Nach welcher Zeit, von der Infektion an gerechnet, darf ein Syphiliskranker heiraten?** M. K. 1927. 46. und 47. Beiträge von *Pinkus, Finger, Jadassohn, Zieler, Löhe, Buschke, Bruhns.*

„Der Arzt darf sich der Erörterung dieser Frage nicht entziehen; er würde zwar durch einen solchen Standpunkt von der Verantwortung für etwa eintretende Unglücksfälle befreit, aber er würde die Verantwortung für eine Anzahl Ehelosbleibender übernehmen, die ohne Schaden heiraten könnten; ärgste Syphilidophobie auf der einen, Mißachtung des ärztlichen Rates auf der anderen Seite würde die Folge sein" (*Jadassohn*). Aus diesen Erwägungen heraus war es an der Zeit, wie das auch in England zum Beispiel zurzeit angestrebt wird, eine Standardisierung obiger Frage zu versuchen. Den Erörterungen obiger Autoren ist jedenfalls, trotz aller selbstverständlichen Abweichungen der einzelnen voneinander, so viel zu entnehmen, daß der Praktiker sich nicht mehr zu drücken braucht um eine klare Entscheidung. Jedenfalls läßt nach allen vorhergegangenen Kautelen die Syphilis nicht mehr für den Bestand einer Ehe einschließlich Nachkommenschaft fürchten als jede andere Krankheit, wie etwa Tuberkulose, denn die Ehe ist schließlich — um einen englischen Autor zu zitieren — kein Versicherungsinstitut gegen Krankheiten. Zum Referat ungeeignet. *Siegfried*-Aachen.

Buchbesprechungen.

W. Frieboes: *Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten:* zugleich ein Lehrbuch. Lieferung 2—14. Leipzig 1928. F. C. W. Vogel. Preis ℛℳ 10.— pro Lieferung.

Bereits anläßlich der 1. Lieferung wurde in dieser Zeitschrift (Bd. 51, S. 156) auf die treffliche Ausstattung des neuen schönen Werkes hingewiesen. Die weiteren Lieferungen haben in hohem Maße erfüllt, was die erste versprach. Haut- und Geschlechtskrankheiten haben eine nach zusammenhängenden Kapiteln geordnete lehrbuchmäßige Darstellung gefunden, die didaktisch klar, hinreichend ausführlich ist und alles Wissenswerte bringt. Die lang-

Digitized by Google

jährige große Erfahrung des Rostocker Klinikers und seine treffliche Lehrbegabung machen das Werk besonders wertvoll.

Nachträge in Lieferung 14 — im Gegensatz zu den übrigen Lieferungen werden hier neuere Autoren genannt — ergänzen das moderne Werk auch für die früheren Lieferungen mit Angaben über neueste Forschungen und Anschauungen. Der Diagnose und Therapie der Gonorrhoe und Syphilis ist eine über zahlreiche Hefte sich erstreckende Schilderung gewidmet. Trotzdem wird der Hauptwert des Werkes seinem ausgezeichneten und reichhaltigen Bilderschmuck zuzusprechen sein. Die Auswahl der 468 meist farbigen Abbildungen auf 210 Tafeln ist sehr geschickt, umfassend und lehrreich; außer den vorzüglichen Photographien und Moulagen der Rostocker Hautklinik haben Prof. *Riehl*-Wien, *v. Zumbusch*-München, *E. Hoffmann*-Bonn, *Zinßer*-Köln, *R. Schröder*-Kiel und *Roth*-Lübeck einige Abbildungen zur Verfügung gestellt. Auch aus dem Atlas der Mundkrankheiten von *Moral-Fricboes* sind einige entnommen. Die hochinteressante Sammlung ist in vorbildlicher Schärfe und mit großer Natürlichkeit zur Wiedergabe gelangt. Von besonders schönen oder instruktiven, sonst seltenen Abbildungen seien genannt: Erythrodermie en plaques disseminées, Erythrodermie Brocq (Taf. 23), Lichen obtusus (27), Angiokeratoma Mibelli (35), Kuhpocken-Infektionen (96), Dermatitis dysmenorrhoica (100), Trichophytid, Lichen trichophyticus (108), Lupus hypertrophicus (118), Lupus erythematodes guttatus, Granuloma annulare (132), Naevus epitheliomatosus sebaceus capitis (136), Dermatitis praecancerosa, Morbus Bowen (143), Lymphomatosis scroti (144), Naevoepitheliome der Kopfhaut und des Gesichtes (144), Granuloma pediculatum (145), Condylomata lata unter der Brust (173), papulöses Rezidiv-Exanthem in Abheilung (176).

Diese kurze Aufzählung möge andeuten, daß auch der Erfahrene hier manche Belehrung finden kann, die neben den trefflichen, für den Studierenden und Arzt wichtigen Bildern der venerischen und Hautleiden das Werk zu einer wertvollen Bereicherung unserer Literatur macht.

Den so tatkräftigen und unermüdlich literarisch wirkenden Rostocker Kliniker und den um die naturgetreue Wiedergabe der Moulagen so erfolgreich bemühten Verleger können wir zu diesem schönen Atlas und Lehrbuch, dem bei seinem mäßigen Preise weite Verbreitung zu wünschen ist, herzlich beglückwünschen. *E. H.*

J. Igersheimer: *Syphilis und Auge.* (J. Jadassohn, Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. 17, 2. Teil.) Berlin, Jul. Springer, 1928.

Durch die umfangreichen eigenen Forschungen auf dem Gebiete der experimentellen Syphilis am Auge, seine Studien zur Aufklärung der Keratitis parenchymatosa und der tabischen Optikusatrophie war Igersheimer als Verfasser der im Jahre 1918 erschienenen Monographie „Syphilis und Auge" der berufene Autor für die Bearbeitung des vorliegenden Bandes, der als 2. Auflage seiner damaligen Monographie erschienen ist. Die kurzen Vorbemerkungen über moderne Methoden in Diagnostik und Therapie der Syphilis, über experimentelle und angeborene Syphilis sind wohl mehr für Ophthalmologen berechnet, werden aber auch den belesenen Dermatologen durch die Schönheit und Präzision der Darstellung erfreuen. Der umfangreichere spezielle Teil der syphilitischen Erscheinungen an Lidern und Bindehaut, Tränenapparat, Kornea und Sklera, Iris und Ziliarkörper, Chorioidea und Retina, Augennerven, Orbita sowie die Kapitel über Glaukom sowie Syphilis und Blindheit sind eine unerschöpfliche Fundgrube aus eigenen Erfahrungen und eingehender Lite-

Digitized by Google

raturkenntnis. Das Buch bildet somit eine würdige Fortsetzung der mit Recht so unentbehrlich und berühmt gewordenen 1. Auflage. *E. Zurhelle*-Bonn.

L. Hauck: *Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten.* Leitfaden für den praktischen Arzt. 2., völlig neu bearbeitete Auflage. Leipzig 1928. Preis ℳ 12.—, geb. ℳ 14.—.

Die vor 6 Jahren erschienene 1. Auflage dieses Leitfadens war von dem damaligen Referenten in Band 38 dieser Zeitschrift (S. 127) als ein für den Praktiker recht geeignetes Buch empfohlen worden. Der bekannte Erlanger Kliniker hat das Werk nunmehr den Fortschritten der Wissenschaft, die ja auf diesem Gebiet recht bedeutend gewesen sind, in trefflicher Weise angepaßt. Bei seiner klaren übersichtlichen Darstellung ist es für den Arzt ein guter Führer auf diesem zum Teil noch umstrittenen, aber doch in vieler Hinsicht geklärten Gebiet, das gerade für den Praktiker von größter Bedeutung ist. Früherkennung und Frühbehandlung der Syphilis sind mit Recht besonders hervorgehoben; in einer späteren Auflage könnte wohl das Wismut vor das Quecksilber gestellt werden und die Mischspritzen-Methode, die der Verfasser ja verlassen hat, weniger berücksichtigt werden. Die volle Ausnützung der Frühheilungschance, die Salvarsanresistenz und die Zysternenpunktion hätten wohl eingehendere Erwähnung verdient. Bezüglich der Gonorrhoe und des Ulkus molle erfährt der Praktiker alles Wissenswerte. Die Frühheilung der ersteren ist gebührend hervorgehoben, die Frühheilung des letzteren durch Chlorzinkbrei, welches uns gute Dienste leistet, wird abgelehnt. Daß das Lymphogranuloma inguinale angeführt wird, ist sehr zu begrüßen; auch die Balanitis erosiva circinata hätte ein kurzes Kapitel verdient. Der Anhang über die Technik und der Abdruck des neuen Gesetzes stellen eine willkommene Ergänzung dar. Ein Register fehlt wohl mit Rücksicht auf die anfangs gegebene genaue Inhaltsübersicht. Der 218 Seiten umfassende Leitfaden wird dem praktischen Arzt wertvolle Dienste leisten und kann warm empfohlen werden. *E. H.*

W. Leipold: *Durchlässigkeitsverhältnisse der Blutliquorschranke.* Habilitationsschrift. Greifswald 1928.

Zur Prüfung der Durchlässigkeit der Blutliquorschranke wurden vergleichende Untersuchungen des Gehaltes an Chlor, Kalium, Kalzium, Natrium, Blutzucker und Harnstoff sowie der Wasserstoffionenkonzentrationen in Blut und Liquor vorgenommen. Der Quotient von Serumwert zu Liquorwert war beim Chlor im Mittel 0,80—0,83, beim Kalzium 1,90, beim Kalium 1,47, beim Natrium 1,0. Der Blutzuckergehalt betrug im normalen Liquor durchschnittlich 56 mmg-%, im Blut 99 mmg-%. Der Liquorharnstoff betrug 55—60% des Serumharnstoffes. Die H.-Jonenkonzentration war im Liquor und Blut praktisch dieselbe. Die Ausbeute dieser umfangreichen Untersuchungen für die Frage der natürlichen Funktionsprüfungen der Blutliquorschranke ist leider nur gering. Auch die Prüfung mit Farbstoffen (Uranin, Äskulin, saurem Fuchsin) ergab keine ausreichenden Ergebnisse. Untersuchungen mit der *Walter*schen Brommethode an einem großen Material von Haut-, Gonorrhoe- und Lueskranken weckten Zweifel an der Verwertbarkeit der Brommethode als Permeabilitätsprüfung, da die Grundlagen der Methode noch zu wenig geklärt seien. Die außerordentlich fleißige Arbeit ist als wichtiger Beitrag zu den genannten Fragen zu werten. Die in Betracht kommende Literatur ist ziemlich vollständig berücksichtigt. *Memmesheimer*-Bonn.

Digitized by Google

Ernst Philipp: *Experimentelle Studien zur Frage der kongenitalen Trypanosomen- und Spirochäteninfektion.* Arch. f. Gyn. 133, S. 573. 1928 (Habilitationsschrift, Sonderdruck).

Zum näheren Verständnis des Infektionsmodus bei der kongenitalen Syphilis wird auf breiter Basis das Verhalten von Protozoen und Spirochäten beim schwangeren Versuchstier geprüft. Die Jungen der infizierten Muttertiere, die zum Teil spontan zur Welt kamen, zum Teil durch Laparotomie entbunden wurden, blieben entweder am Leben und wurden weiter beobachtet oder wurden verimpft oder in Serien geschnitten und mikroskopisch untersucht. Besondere Beachtung wurde ferner den mikroskopischen Befunden der Plazenta gewidmet. Trypanosomen gehen vom Muttertier nicht auf die Jungen über. Das gilt für Tryp. Brucei, Tryp. equiperdum, Tryp. rhodesiense und für Schizotrypanum Cruci, und zwar für alle benützten Versuchstiere: Maus, Ratte, Meerschweinchen und Kaninchen. Es ist dabei gleichgültig, ob die Infektion im Beginn oder am Ende der Schwangerschaft stattfindet, ob sie nur Tage oder Wochen oder Monate dauert, ob eine geringe oder enorme Menge von Trypanosomen im Blut vorhanden ist. Außerordentlich instruktiv sind die Plazentapräparate von Maus und Ratte: die mütterlichen Bluträume sind bei manchen Infektionen vollgestopft mit Trypanosomen, die dicht daneben liegenden kindlichen sind frei davon. Die Organe der Föten zeigen niemals Trypanosomen. Ferner wurde das Verhalten der Rekurrens-, der Weil- und der Syphilisspirochäten am schwangeren Tier studiert. Im Gegensatz zu den Trypanosomen passieren die Spirochäten die Plazenta. Als Beweis dienen positiv verlaufene Verimpfungen und eindeutige Abbildungen. Die Zahl der durchwandernden Spirochäten ist außerordentlich gering. Die Rekurrensspirochäte geht im Beginn der Gravidität reichlicher über als am Ende der Schwangerschaft. Auch die Ikterogenesspirochäte ist auf ihrem Wege durch die Plazenta zu verfolgen. Sie wurde sowohl in Schnitten der Leber der Jungen nachgewiesen als auch bei Verimpfung von fötaler Leber. Dabei ist biologisch besonders interessant, daß die Verimpfung der fötalen Leber zuweilen erst in der dritten Passage positiv verlief. Der größte Teil der Arbeit galt der Spiroch. pallida. Bei 21 Würfen mit insgesamt 112 Jungen von syphilitischen Kaninchenweibchen wurde zweimal ein positives Verimpfungsresultat erzielt bei einer Versuchsanordnung, die der früher von *Uhlenhuth* angewandten ähnelte. Dabei verlief einmal die Organverimpfung der Jungen in der ersten Passage positiv und einmal die Poplitealdrüsenverimpfung von zwei Tieren, die mit einer Leberemulsion von neun Jungen infiziert waren. Beidemal waren die Muttertiere mit dem Nicholsstamm in der Gravidität intravenös infiziert. Ferner gelang der Spirochätennachweis bei sechs der Jungen in nach Levaditi gefärbten Leberschnitten. So konnte der Nachweis geführt werden, daß Spirochäten sowohl von Tieren, die ante graviditatem infiziert waren, als auch von Tieren, die intra gravidatatem infiziert wurden, auf den Fötus übergehen können. Merkwürdig ist, daß es bei den Jungen trotz des Übergangs der Spirochäten nicht zur Ausbildung einer manifesten Erkrankung kommt; selbst der Nachweis einer latenten Infektion durch Drüsenverimpfung gelang nie. Versuche an schwangeren Meerschweinchen verliefen durchweg negativ.

Autoreferat.

Digitized by Google

A. Buschke zum 60. Geburtstag.

Am 27. September dieses Jahres wurde unser hochgeschätzter Mitherausgeber *A. Buschke* 60 Jahre alt. Geboren in Nakel, hat er nach dem Besuch des Gymnasiums seiner Vaterstadt in Breslau, Greifswald und Berlin Medizin studiert, wo er dann auch bei *R. Virchow* und *Rob. Koch* arbeitete. 1891 bis 1894 war er Assistent bei Prof. *Helferich* in Greifswald, 1895—1897 bei *A. Neißer* in Breslau. Alsdann wurde er Assistent bei *Edm. Lesser* in Berlin, wo er sich 1900 für Dermatologie habilitierte und 1906 den Professortitel erhielt, nachdem er 1904 zum leitenden Arzt der dermatologischen Abteilung des *Urban*- und bald darauf des neugeschaffenen *Virchow*-Krankenhauses ernannt worden war. Seine wissenschaftliche Tätigkeit ist eine ungemein große und erfolgreiche; aus der Fülle der Arbeiten seien nur einige der wichtigsten hier genannt; sie betreffen die *Blastomykose* mit besonderer Berücksichtigung auch der Haut, die *Gonorrhöe* und ihre allgemeinen Folgen auch an der Haut, das nach ihm benannte *Sklerödem der Erwachsenen*, die experimentelle *Thalliumalopezie*, den Nachweis der *Spir. pall.* bei kongenitaler Lues, die Dermatomykosen, die Bedeutung des *Salvarsans*, die lichenoiden Exantheme und sonstige Störungen durch das *Ehrlich*sche Heilmittel, die Lokalisation der Spirochäten im Zentralnervensystem nach experimentellen Untersuchungen, Tumoren nach Thallium- und Teereinbringung bei Tieren in mannigfachen Versuchen, die Thalliumepilation bei Kindern und vieles andere. Auch zahlreiche Schüler hat *A. Buschke* zu gründlichen experimentellen und klinischen Arbeiten angeregt. Auf Grund dieser weitumfassenden und bedeutungsvollen Tätigkeit sind A. Buschke zahlreiche Ehrungen erwiesen worden; so ist er erster Vorsitzender der Hufeland-Gesellschaft und zweiter Vorsitzender der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, Ehrenmitglied der Italienischen und mehrerer russischer dermatologischer Gesellschaften, Mitherausgeber der Dermatologischen Zeitschrift und des Handbuchs der Haut- und Geschlechtskrankheiten, ferner Mitarbeiter an den meisten bedeutenden Zeitschriften unseres Sonderfaches und mehreren Handbüchern. Im Namen der Mitherausgeber, Mitarbeiter und des Verlages beglückwünschen wir unseren hochverehrten Kollegen zu seinem Ehrentage aufs herzlichste und hoffen, daß er unser so groß und an neuen Problemen so reich gewordenes Fach noch weiter durch seine weit umfassende fruchtbare Forschertätigkeit fördern wird.

E. H.

Personalien und Tagesnachrichten.

Priv.-Doz. Dr. *Josef Guszman* (Budapest) erhielt den Titel eines a.o. Professors.

Prof. *Bogumil Beron* in Sofia wurde auf Grund seiner 35jährigen dermatologischen Tätigkeit zum Ehrenpräsidenten der Bulgarischen Dermatologischen Gesellschaft gewählt.

Die diesjährige Tagung der *Union internationale* fand am 28. Mai in Nancy statt. Es wurde versucht, ein einheitliches Programm für den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in allen Ländern aufzustellen. Vorträge

Digitized by Google

hielten Prof. *Jadassohn* (Breslau) über den Einfluß der Behandlung auf die Eindämmung der Geschlechtskrankheiten, Prof. *Spillmann* (Nancy) über die persönliche Prophylaxe, Prof. *Bayet* (Brüssel) über die Aufklärungsarbeit. Die nächste Tagung der Union internationale soll in Genf stattfinden. Prof. *Jadassohn* wurde zum Vizepräsidenten gewählt.

Die 26. Versammlung der *Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* fand am 12. und 13. Oktober in Nürnberg statt.

Gelegentlich der *90. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte* fand in Hamburg eine recht gut besuchte Tagung der dermatologischen Abteilung (Abt. 30) statt, die von Prof. *Mulzer* geleitet wurde und bei der als Einführende außer ihm die Professoren *Delbanco* und *Ritter* und als Schriftführer Professor *Habermann* und Dr. *Karrenberg* fungierten. Die erste Sitzung fand am 18. September nachmittags im Institut für Schiffs- und Tropen-Hygiene statt. Bei ihr hielt Prof. *Fülleborn* (Hamburg) einen außerordentlich interessanten und lehrreichen Demonstrationsvortrag über *Haut* und *Helminthen* und Prof. *Mayer* (Hamburg) über tropische Hautkrankheiten; im Anschluß daran demonstrierte Prof. *Hoffmann* (Bonn) Präparate von Onchocerca (Filaria) volvulus und Dr. *Vogel* einen Filarienfilm.

Bei der zweiten Sitzung am 21. September wurden zahlreiche interessante Kranke in der Abteilung von Prof. *Ritter* demonstriert und eine größere Reihe von Vorträgen über verschiedene Hautkrankheiten gehalten; unter ihnen seien der von *E. F. Müller* über die Haut als Sinnesorgan des vegetativen Nervensystems, der von *Pulvermacher* über den Konstitutionsbegriff in der Dermatologie, von *Urbach* über Zuckergehalt der Haut bei Dermatosen, von *Vonkennel* über die praktische Bedeutung des Säure-Basen-Gleichgewichts, von *Zurhelle* über die Berloquekrankheit und von *Memmesheimer* über die fokale Infektion und deren Bedeutung für Dermatosen hervorgehoben.

Am 21. September fand wiederum eine Sitzung statt, bei der zunächst *Hoffmann* (Bonn) über das Problem der kongenitalen Syphilis sprach, woran Vorträge von *Kerl* (Wien) über die Unzulänglichkeit der Malariabehandlung bei Frühlues, *Arzt* (Wien) über Liquorveränderung bei tertiärer Lues, *Worms* (Berlin) über experimentelle Syphilis und andere sich anschlossen.

Eine Dampferfahrt am 20. September vereinte die dermatologische und ophthalmologische Abteilung und nahm unter Leitung von Herrn Prof. *Bruck* einen sehr angeregten Verlauf.

Die Tagung wird allen Teilnehmern in angenehmster Erinnerung bleiben und der Dank, den Geh. Rat *Jadassohn* am Schluß aussprach, war allen aus dem Herzen gesprochen und wird den Kollegen, die sich um diese schöne Veranstaltung bemüht haben, ein Zeichen dafür bleiben, daß ihre große Mühe und Arbeit überall wärmste Anerkennung gefunden hat.

Digitized by Google

I.

Prolegomena zu einem Referat über kongenitale Lues.[1]

Von

ERICH HOFFMANN.

Mit Rücksicht auf das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist die Frage der Bedeutung und Einschränkung der angeborenen Syphilis zurzeit von besonderem Interesse und größter Wichtigkeit. Obwohl auf der letzten Naturforscherversammlung in Düsseldorf (1926) und vor kurzem in der Gynäkologischen Gesellschaft in Berlin (1928) dies Thema, das im neuen Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten (1927, Band 19) eine zusammenfassende Bearbeitung erfuhr, ausführlich behandelt worden ist, dürfte doch in Anbetracht der noch vorhandenen Unklarheiten und letzthin gemachten unverkennbaren Fortschritte auch in unserem Kreise eine neue Besprechung förderlich erscheinen; diese will ich heute in der Form von Vorbemerkungen (Prolegomena) zu einem späteren auf Grund größerer Statistiken zu erstattenden Referat zu geben versuchen. Hierbei sollen nur die wichtigsten Punkte, soweit es die kurze Vortragszeit gestattet, klargestellt werden.

I. Art der Übertragung (diaplacentare Infektion).

Über die Art des Überganges der Lues auf die Frucht ist man im allgemeinen darin einig, daß ohne syphilitische Mutter kein syphilitisches Kind geboren wird und die rein paterne Übertragung abzulehnen ist. Vereinzelte Autoren, wie im Anschluß an *Hochsinger*[2]), *Fischl* u. a. neuerdings auch *Almkvist*, glauben allerdings, daß diese Frage noch der Revision bedarf. Durch einwandfreie Tatsachen ist aber nur der diaplacentare Weg bewiesen. Vor dem 5. Monat ist, abgesehen von einer Ausnahme — Abort im 4. Monat (Fall *Gräfenberg*) —, der Übergang der Spirochäten auf Fetus und Eihäute bisher nie festgestellt worden; meist ist die Übertragung sogar erst später, am häufigsten

[1]) Vortrag am 21. 9. 1928 auf der Naturforscher- und Ärzteversammlung in Hamburg.

[2]) Über das Kongenitalitätsproblem der Syphilis. Berlin 1926. S. Karger.

Digitized by Google

vom 7. bis 10. Monat, nachweisbar. Die Frage, ob nach Art des Primärkomplexes der aquirierten Lues (Primäraffekt nach ungefähr 3 Wochen, Drüsen nach 3—5 Wochen, allgemeine Erscheinungen erst etwa 9 Wochen nach der Ansteckung) auch bei der Infektion des Fötus ein solcher *Primärkomplex* existiert, bedarf nach meiner Meinung noch näherer Untersuchung; denn die Spärlichkeit der Spirochäten in der mütterlichen und fetalen Placenta, ihr reichlicheres Vorkommen an beiden Nabelschnurenden, die pathologischen Veränderungen an den Nabelschnurgefäßen usw. sprechen dafür, daß neben dem ja auch bei aquirierter Lues sehr frühzeitig erfolgenden, allerdings viel spärlicheren Einbruch der Spir. pall. in die Blutbahn der lymphogene *Gewebsweg* eine Rolle spielt. Man wird daher trotz aller negativen Ergebnisse auf den Spirochätenbefund in den Eihäuten und Früchten im Verein mit geweblichen Veränderungen bei Frühaborten noch mehr als bisher achten müssen. Die Tierexperimente von *Uhlenhuth*, *Mulzer* und *Philipp*[1]) beweisen die Durchgängigkeit auch gesunder tierischer Placenten für einzelne Spirochäten (Spir. pallida, icterogenes, recurrens), während Trypanosomen das Filter der Placenta nicht passieren. Der Umstand, daß das *Langhans*sche Epithel, das normalerweise in der zweiten Schwangerschaftshälfte beim Menschen sich zurückbildet, in syphilitischen Placenten persistiert, erscheint interessant und muß zu weiteren Studien über seine etwaige Bedeutung für die so späte Entstehung der kongenitalen Syphilis anregen. Alle Mütter syphilitischer Kinder sind krank, und zwar häufiger latent (*Colles*-Mütter), seltener manifest. Alle diese Umstände, das Vorkommen der Spir. pall. in der Frucht und Nachgeburt nicht vor dem 5. Monat, die fast immer nachweisbare Erkrankung der Mutter, wobei Zysternenpunktion, Drüsenpunktion, Zervix-Geschabepräparate noch mehr herangezogen werden müssen, der häufige Gehalt des peripheren[2]) Nabelschnurendes an Spir. pall., sprechen für den diaplacentaren Infektionsweg und gegen die paterne Übertragung, die auch aus anderen oft genannten Gründen abzulehnen ist[3]). Ob eine primäre Infektion der Eihäute im Uterus

[1]) Zahlreiche Versuche von *Fischl* u. a., auch über spermato- und oogene Infektion, fielen negativ aus.

[2]) Auch das plazentare Ende ist reicher an Spir. pall. und entzündlichen Erscheinungen *(Thomsen)*.

[3]) Schon vor *Matzenauers* grundlegender Arbeit habe ich die *„paterne Übertragung"* für eine *Irrlehre* gehalten und meinem andersdenkenden Lehrer

Digitized by Google

(Gefäßerkrankung, sehr frühe Ernährungsstörung) für frühzeitiges Absterben der Frucht eine Rolle spielt, bleibt noch näher zu prüfen; irgendwelche Beweise dafür sind bisher trotz vieler Untersuchungen nicht gefunden worden.

Schließlich noch ein kurzes Wort zur *Rietschel*schen Annahme, daß die Lues besonders oft kurz vor oder während der Geburt übertragen wird[1]). Daß dies geschehen kann, ist sicher; daß aber größere Spirochäteneinbrüche, befördert durch Zerreißung in der Placenta infolge von Wehen, eine beträchtliche Rolle spielen, halte ich nicht für wahrscheinlich. Sonst müßte doch etwa 6—9 Wochen post partum noch einmal eine besonders schwere Form der kongenitalen Syphilis infolge der massiven Infektion öfter in die Erscheinung treten, als das nach den vorliegenden Erfahrungen der Fall ist.

II. Früherkennung der angeborenen Syphilis.

Hinsichtlich der Frühdiagnose sind bemerkenswerte Fortschritte erzielt worden, und zwar hauptsächlich durch bessere Ausnutzung meiner schon 1905 angegebenen *Gewebssaftmethode*[2]) zur Untersuchung auf Spir. pall. Die sichere Diagnose der fetalen Syphilis während der Schwangerschaft, also in utero, hat sich auch durch Anwendung des Röntgenverfahrens bisher nicht ermöglichen lassen. Die Früherkennung beim Neugebore-

---

Edm. Lesser gegenüber diesen Standpunkt vertreten, eine öffentliche Stellungnahme aber, wie ich auch *Matzenauer* damals schrieb, mit Rücksicht auf die Empfindlichkeit meines Chefs unterlassen. Die Annahme eines lediglich das durch die Zona pellucida geschützte Ovulum treffenden, die weit mehr gefährdete Mutter aber verschonenden Virus erschien mir immer unmöglich. Die sog. *Ausnahmen vom Collesschen Gesetz* habe ich auf Grund einer *eigenen* Beobachtung schon damals als *„Pseudoprimäraffekte"* bzw. *indurierte Reizpapeln* der Brustwarze befriedigend erklärt (diese Ztschr. Bd. 12 [1905], S. 497). Eine *„granuläre" Form der Spir. pall.* hat für diese Frage *nicht* die Bedeutung, die einzelne Autoren ihr zuschreiben möchten. (Vgl. meine Arbeit in der Festnummer für *Buschke*, Derm. Wschr. Bd. 87, S. 1346.) Die vielfachen fruchtlosen Versuche, die Spir. pall. vor dem 5. Monat in Feten und Eihäuten nachzuweisen, stützen die hier vertretene Auffassung.

[1]) Auch zur Aufklärung der bemerkenswerten *Häufigkeit der Lues asymptomatica der sog. Colles-Mütter* habe ich vor *Rietschels* diesbezüglicher Hypothese die Meinung ausgesprochen, daß die *auf den schwellenden Uterus abgelenkte Erkrankung* und der *ungemeine Spirochätenreichtum der Frucht* infolge der Rückwirkung auf die Mutter hierfür von Bedeutung seien.

[2]) Auf die Wichtigkeit dieser Methode habe ich meinen Schüler *E. Hofmann* und auch andere hingewiesen. Sie erleichtert auch bei *aquirierter Lues* die Auffindung spärlicher Spir. pall. sehr und wird noch viel zu wenig angewandt.

Digitized by Google

nen (Früh- oder Totgeburt, lebendem, krankem oder scheinbar gesundem Kind) ist aber durch den Nachweis der Spir. pall. im Geschabepräparat der Venenwand an einem 5 cm langen peripheren Stück der Nabelschnur *(Edm. Hofmann, Philipp, Vulovic)* sehr gefördert worden. Hat doch *Philipp* neuerdings in *über 120 Fällen* auf diese Art, allerdings bei zum Teil mühevollen Untersuchungen, die sichere Diagnose stellen können und nur einmal das Röntgenbild der spezifischen Knochenerkrankung positiv gefunden, wo der Spirochätennachweis nicht gelang. Die Wa.R. läßt ja leider nur einen Teil der kranken Kinder erfassen und ist bei Neugeborenen als einziges Symptom nicht ganz sicher[1]). Bei der Mutter dagegen ist sie im Verein mit der Sachs-Georgischen und Meinickeschen Reaktion, die manche besonders rühmen, bis auf ganz seltene Ausnahmen geeignet, die Diagnose zu sichern, während die Wassermannsche Reaktion oder eine der Flockungs-Reaktionen allein mehr Fehlerquellen bieten. Daß eine einmalige positive Serumprobe beim Fehlen sonstiger Symptome und Verdachtsmomente für eine zuverlässige Diagnose nicht ausreicht, habe ich immer wieder für die latente Syphilis überhaupt betont. Hier können die sorgsame Liquoruntersuchung[2]) (schmerz- und beschwerdelose Zysternenpunktion) und der Spirochätenbefund im Abstrich von Schleimhäuten (Zervix, Urethra, Tonsille) oder mittels Drüsenpunktion öfters Aufklärung geben. Auf diese Weise bleiben nur ganz wenige, auch von uns vereinzelt beobachtete Mütter übrig, die gegen Ende der Schwangerschaft eine positive, nach der Geburt in wenigen Tagen spontan verschwindende Reaktion zeigen und deren Kind allem Anschein nach dauernd gesund ist. Diese ganz ausnahmsweisen, wohl unspezifischen Ergebnisse sind aber nicht imstande, die große Leitregel, an die wir uns halten, zu erschüttern, verdienen jedoch unsere volle Aufmerksamkeit.

Für die Frühdiagnose beim jungen Kinde ist die Wa.R. im Verein mit zwei Flockungsreaktionen insofern unzulänglich, als sie die Früherkennung nicht zeitig genug gewährt. Deshalb

---

[1]) Auf die Untersuchung des *Retroplazentarblutes*, das meine Schüler *Franz Blumenthal* (Halle 1909), *Edmund Hofmann* (Bonn) u. a. vielfach vergleichend geprüft haben, gehe ich hier nicht ein; ebenso nicht auf die *Provokation* der serologischen Reaktionen durch eine Salvarsangabe, der ich seit langer Zeit die kurvenmäßige Verfolgung der Wa.R. während mehrerer Sa-Einspritzungen vorziehe.

[2]) Diese hat während der Gravidität mit Rücksicht auf die erhöhte Permeabilität der Blutliquorschranke größere Bedeutung.

Digitized by Google

sind die Methoden des Spirochätennachweises an der *Nasen-* und *Konjunktival*-Schleimhaut noch weiteren Studiums wert, wenn sie auch bisher meist nur bei manifesten Symptomen einen positiven Erfolg ergeben haben. Auch Gewebsuntersuchungen sind vorgeschlagen worden *(F. Herb)* und Drüsenpunktion sowie Gewebsabstrichpräparate auf Spir. pall. *(E. Hoffmann);* erstere und letztere könnte man an der häufig infiltrierten Fußsohle[1]) im Zweifelsfall wohl ausführen. Die *Röntgenuntersuchung* der neugeborenen Früchte und Kinder ist nicht nur für den Kliniker (*Hochsinger, Reyher, Péhu* u. a.), sondern selbst für den pathologischen Anatomen (*Eugen Fraenkel, Löhe, L. Pick* u. a.) von Bedeutung und sollte weitgehend herangezogen werden. Die Liquoruntersuchung wird im allgemeinen erst einige Wochen nach der Geburt Aussicht auf Erfolg geben und verdient deshalb neben den serologischen Reaktionen Beachtung. Der Wert des histologischen Befundes von Lymphozyten und Plasmazellen bleibt zweifelhaft. Die genaue Untersuchung einer exstirpierten Drüse auf histologische Veränderungen und besonders Spir. pall. im Gewebsabstrich kann im Notfall die Entscheidung bringen. Intradermoreaktion mit 0,1 Spirochätenemulsion *(Pockels)* oder Luetin *(Noguchi),* Erhöhung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen[2]) und erhebliche Blutbildveränderungen verdienen weitere Prüfung.

Fassen wir zusammen, so hat der *Spirochätennachweis* entschieden große Fortschritte gemacht und für die geburtshilfliche Diagnose der Lues congenita ist er am wichtigsten. Es wäre daher sehr wünschenswert, wenn in Gebäranstalten und auch sonst von jeder irgendwie verdächtigen Frucht ein Teil vom peripheren Ende der Nabelschnur aufgehoben würde, und zwar ein kleines Stück frisch in sterilem Blutentnahmeglas zum nachträglichen Dunkelfeldnachweis bei eventueller postmortaler Vermehrung der Spir. pall. *(Strempel, Armuzzi)* und ein Teil in Formalin (1:10), damit mittels der *Strempel-Armuzzi*schen Silberfärbung im Schnitt dieser Befund später noch möglich bleibt. Auch die bei so kleinen Kindern oft erschwerte Röntgenuntersuchung ist für den Kliniker, Pädiater und Dermatologen von großer Wichtigkeit, und auch hier sind größere Zusammen-

[1]) Auch in künstlich gesetzten *Hautblasen (Fr. Lesser, Edm. Hofmann* u. a.) kann man im Geschabe vom Blasengrund manchmal Spir. pall. finden.

[2]) Erhöhte Senkungsgeschwindigkeit, die während der spezifischen Behandlung zurückgeht, erscheint wichtig; ob normale, wie manche meinen, gegen syphilitische Erkrankung spricht, bleibt näher zu erforschen.

Digitized by Google

stellungen bezüglich der Osteochondritis[1]) und Periostitis noch erwünscht. *Die Frühdiagnose der kongenitalen Syphilis* ist also wesentlich gefördert und kann durch *Zusammenarbeit von Geburtshelfern, Haut- und Kinderärzten,* wie sie auf meine Anregung auch vom preußischen Kultusministerium[2]) den Kliniken für diese Fächer nahegelegt worden ist, noch weiter ausgebaut werden.

III. Verhütung der angeborenen Syphilis (praenatale Behandlung).

Die Tatsache, daß durch genügend starke *kombinierte Salvarsanbehandlung* (früher Salvarsan + Hg. [Schmierkur], jetzt *Salvarsan + Wismut* [Bismogenol]) während der Gravidität ein gesundes Kind erzielt werden kann, ist von *mir*[3]) schon seit vielen Jahren häufig festgestellt worden. Auch die meisten erfahrenen Kliniker — ich nenne nur *Zieler*, *Heuck* — haben diese Tatsache bestätigt. Trotzdem bleibt es ein großes Verdienst des dänischen Gynäkologen *Gammeltoft* und des Serologen *Boas*, durch größere Statistiken den Wert der praenatalen Behandlung klargestellt zu haben. *Ihre* im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten und *Buschkes* in seinem neuen Berliner Vortrag gegebenen Zahlen, die ich in einigen Tabellen zeige, sprechen eine sehr deutliche Sprache und bestätigen die Tatsache, daß genügend lange Behandlung vor und während der Gravidität mit großer Sicherheit ein gesundes Kind garantiert. *Buschke* hat an dem gewiß nicht stark behandelten Material des Berliner Virchow-Krankenhauses, wo er von 600 Müttern nur 110 (knapp 20%) wieder nachuntersuchen konnte, festgestellt, daß von unbehandelten Müttern nur 15,5%, von behandelten aber 74,4% gesunde Kinder geboren haben. Bei einer Behandlung nur in der ersten Hälfte der Schwangerschaft wurden von 8 Kindern nur eins, bei Behandlung nur in der zweiten Hälfte von 9 nur zwei, bei *durchbehandelten Müttern aber von 18 sämtliche 18 Kinder gesund* geboren. Dabei konnte

[1]) Auf *Gelenkerkrankungen* (positiver Spir. pall.- oder Wa.R.-Befund im Punktat) und *Aortenverbreiterung* im Röntgenbild gehe ich hier nicht ein, da sie mehr Bedeutung bei älteren Kindern haben.

[2]) Verfügung vom 15. 6. 1927 im Anschluß an meinen Bericht. Schon Jahre vorher (Oktober 1920) hatte ich im *Ausschuß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* vergeblich auf die Bedeutung solcher Untersuchungen hingewiesen.

[3]) Vgl. auch Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bonn 1923 (4. Auflage, aber auch frühere) außer anderen Arbeiten.

Digitized by Google

er die erstaunliche Tatsache feststellen, daß selbst in Berlin Mütter mit bis zu 11 Totgeburten unbehandelt geblieben waren. *Boas* und *Gammeltoft* konnten aus ihrer Zusammenstellung entnehmen, daß Salvarsananwendung die sicherste Gewähr für ein gesundes Kind gibt. Trotz dieser auch von uns immer wieder gemachten Feststellung, die auch *Zieler* und viele andere bestätigen, möchte *Buschke* immer noch mit Wismut allein Versuche gemacht wissen. Im Interesse der Volksgesundheit kann demgegenüber aber nicht oft und scharf genug betont werden, daß zu diesem Zweck *Salvarsan* neben *Bismogenol zurzeit als unentbehrlich angesehen werden muß*. Über die Ausdehnung der Kuren ist von Gynäkologen und Dermatologen viel diskutiert worden, nach meiner Meinung in Anbetracht der zur Verfügung stehenden beschränkten Zeitspanne viel zu viel. Denn da die sichere Diagnose der Schwangerschaft einige Zeit erfordert und erfahrene Autoren vor dem vierten Monat eine Behandlung nicht für erforderlich halten, was auch nach meinen Erfahrungen zutrifft, so kommen von meinem in ähnlicher Weise auch von anderen angenommenen Kurensystem im allgemeinen *nur 2 kombinierte Kuren mit 5—6wöchiger Pause* in Betracht, wenn die Mutter wirklich früh genug als syphilitisch erkannt wird. *Mein als maximale Frühbehandlung bekanntes Kursystem* ist keineswegs, wie letzthin noch *Wagner v. Jauregg* meinte, eine Behandlung mit besonders starker Gesamtdosis; denn ich komme bei Schwangeren nach einer Anfangsdosis von 0,3 mit 0,45 Neosalvarsan bei zweimal wöchentlicher Injektion gut aus. Die *Wochendose*, auf die es sehr ankommt, beträgt hierbei *0,9 Natrium- oder Neosalvarsan;* sie wird auch von Schwangeren bei behutsamem Vorgehen neben gleichzeitig intramuskulär verabfolgtem Bismogenol (1,0 bis *1,25* pro dosi) gut vertragen[1]). Da jede solche Kur wenigstens 6 Wochen, bei kleinen Störungen aber auch 2 Monate dauert, so sind für 2 Kuren 3—4 Schwangerschaftsmonate erforderlich, wozu die erste 5—6wöchige Pause, eventuell eine ebenso lange nach der zweiten Kur, also fast $1^1/_2$—3 Monate, hinzukommen und somit etwa 6 bis annähernd 7 Schwangerschaftsmonate ausgefüllt sind. Von diesem *Zweikurensystem* wissen wir aus sehr vielen Dauerbeobachtungen, daß es zwar zur Heilung bereits sekundärer Syphilis öfters nicht ausreicht, aber infektiöse Symptome so gut wie sicher verhütet. Zu der für die sicherere Ausheilung erforderlichen *dritten Kur*

[1]) Bei Empfindlichen muß sie natürlich zeitweise herabgesetzt werden und auf 2 mal wöchentlich 0,3 g beschränkt bleiben.

Digitized by Google

meines Behandlungsschemas ist aber während der Gravidität keine Zeit; diese muß daher in entsprechenden Fällen bald nach der Geburt bei den Müttern angeschlossen werden, um die Ausheilung dann meist zu erreichen. Daß dies gelingt, dafür hat auch *Zieler* bemerkenswerte Dauerbeobachtungen an Kindern hinreichend stark behandelter Mütter mitgeteilt. *Auch eine Schwangere kann als nicht mehr infektiös gelten, wenn sie das volle, erfahrungsgemäß zur Heilung ausreichende Mehrkurensystem regelmäßig genug durchgemacht hat.* Sie bedarf dann bei einer neuen Schwangerschaft, entgegen dem *Gammeltoft*schen Standpunkt, den jetzt viele teilen, keiner nochmaligen Kuren; indessen wird man in dieser Beziehung *in Grenzfällen lieber zu vorsichtig als lässig* sein. Gravide sekundär-syphilitische Mütter, die nur eine Kur durchgeführt oder die zweite nur begonnen haben, müssen ebenso wie ihre Kinder als *anbehandelt* gelten und nach der Geburt gründlich weiter behandelt werden, mit einem dem Alter ihrer Erkrankung angepaßten Kurmaß. *Zwei starke kombinierte Bi-Salvarsankuren bei Graviden in der oben angegebenen Stärke sichern die Geburt eines gesunden Kindes* mit größter Wahrscheinlichkeit, auch wenn vor der Gravidität keine Behandlung stattgefunden hat. Daß das *volle Kurmaß* (bei sekundärer manifester oder latenter Lues wenigstens drei mit kurzen Pausen aufeinanderfolgende Kuren — die erste kurz vor oder zu Beginn der Gravidität —) dies Ziel noch sicherer erreichbar macht, ist als Ergebnis der bisherigen Statistiken, die wohl meist schwächere oder weniger systematische Kuren als unsere umfassen, unverkennbar.

Als *sicherste Vorbeugung gegen das Unglück kongenitaler Erkrankung* darf endlich die von mir empfohlene *präventive Behandlung solcher Ehefrauen* angesehen werden, die von ihrem an infektiöser Lues[1]) leidenden Manne *stark gefährdet* worden sind, aber weder Spir. pall. im Zervixgeschabe noch irgendwelche Symptome erkennen lassen. Sie erkranken meist doch und können somit als im ersten Inkubationsstadium befindlich angesehen und mit *einer* starken kombinierten Bi-Salvarsankur geheilt bzw. vor der Krankheit und ihren deletären Folgen für die Nachkommenschaft bewahrt werden. Nicht ganz selten wird der *frühzeitige Pallidabefund* die Indikation zur Frühbehand-

[1]) Frische primäre oder sekundäre Lues mit offenen ansteckungsgefährlichen Erscheinungen; wegen der Ausnahme von der Regel: *„ohne sichere Diagnose keine Behandlung"* siehe später im Text.

Digitized by Google

lung sichern; aber auch ohne ihn ist wegen der schnelleren Heilbarkeit und der Möglichkeit der Rückübertragung der Infektion auf den eventuell schon frühgeheilten Gatten die *präventive Kur* angezeigt.

IV. Behandlung der angeborenen Syphilis (postnatale Therapie).

Bei den Kindern, die von noch nicht als geheilt anzusehenden Müttern geboren werden, ist entweder eine *präventive* oder eine *Frühbehandlung* dringend geboten; denn nach den verschiedensten Statistiken ist die Aussicht, daß die Kinder früher oder später doch an Syphilis erkranken, als sehr groß anzusehen; sollen doch nach *Gammeltoft* und *Boas* nur 3%, nach *Klaften* etwa 16% der Erkrankung entgehen; diese im Durchschnitt auf etwa gegen 10% oder wenig mehr zu schätzenden gesunden Kinder spielen aber gegenüber der großen Anzahl der kranken keine in Betracht kommende Rolle.

1. Präventive Behandlung.

Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der Fortsetzung der Behandlung bei bereits in utero anbehandelten Kindern und der Behandlung der Kinder von nicht behandelten noch infektiösen Müttern.

a) Weiterbehandlung anbehandelter Kinder.

Bei der aquirierten Syphilis gilt als therapeutischer Grundsatz, daß ein Kranker mit Primäraffekt, der von einem früheren Arzt anbehandelt worden ist, von einem zweiten weiter behandelt werden muß, selbst wenn die Diagnose nicht ganz sicher erscheint; ferner daß eine ältere primäre (seropositive) oder sekundäre Lues, die nur mit einer Kur behandelt worden ist, als anbehandelt unbedingt weiterer Kuren bedarf. Denselben Grundsatz habe ich auf die angeborene Syphilis schon seit Jahren angewandt und betrachte als im Uterus anbehandelte Kinder solche, deren Mütter während der Gravidität nur eine unvollkommene spezifische Behandlung durchgemacht haben; als unzureichend ist eine einzige kombinierte mütterliche Kur anzusehen, da sie, gleichgültig ob sie früher oder später durchgeführt wurde, die Geburt eines gesunden Kindes nicht sicher garantiert. Die baldige *Weiterbehandlung* nach der Geburt ist also auch bei völliger Symptomlosigkeit solcher Kinder geboten, um den *Heilerfolg* nicht in Frage zu stellen und eine *Ansteckungsgefährlichkeit* nicht aufkommen zu lassen.

Digitized by Google

b) Grundsätzliche Behandlung der Kinder noch infektiöser Mütter.

Da unbehandelte oder mehr oder weniger stark anbehandelte Mütter mit manifester oder latenter, aber noch in der ansteckungsgefährlichen Periode befindlicher Syphilis sehr häufig kranke Kinder gebären, habe ich schon seit Jahren den auch von anderen Klinikern[1]) gebilligten Grundsatz aufgestellt, daß Kinder von Müttern, die ansteckungsgefährliche Symptome aufweisen oder noch als ansteckungsfähig anzusehen sind, behandelt werden müssen, auch wenn sie nach der Geburt gesund erscheinen und der Spirochäten-, Röntgen- und serologische Befund negativ ausfällt. Zur Begründung führte ich an, daß solche Kinder oft ansteckungsgefährlich sind, da sie in der allergrößten Mehrzahl doch später krank werden, und daß sie dann nur unter viel ungünstigeren Heilungsaussichten behandelt werden können. Hier liegt natürlich eine *Ausnahme* von dem sonst auch für mich gültigen Satz *„keine Behandlung ohne sichere Diagnose"* vor, eine Ausnahme aber, die sowohl wegen des späteren Schicksals der Kinder als auch wegen der Ansteckungsgefahr für ihre Umgebung gerechtfertigt erscheint. Selbstverständlich müssen die Bemühungen, die Frühdiagnose noch besser auszubauen, in der oben angedeuteten Weise mit größtem Eifer fortgesetzt werden. Von der Stärke der Behandlung ist im folgenden Abschnitt die Rede.

2. Maximale Frühbehandlung als krank erwiesener Kinder.

Daß krank befundene Kinder, mag die Infektion lediglich durch den *Spirochätenbefund* (Nabelschnur, Nasenabstrich usw.), gesicherte *Seroreaktionen* oder auch *klinische Symptome* bewiesen sein, sogleich behandelt werden müssen, ist ohne weiteres klar. Für sie gilt das *maximale Frühbehandlungsprinzip* entweder in der von *E. Müller* oder in der von *mir* vorgeschlagenen Form oder doch in ähnlicher Weise.

Das Kurschema von *E. Müller* mit je 12 sehr kräftigen Kalomel- und Neosalvarsandosen, von denen je 3 Hg-Einspritzungen immer abwechselnd je 3 Sa-Injektionen folgen, die 2mal wöchentlich, also mit 3tägigem Intervall, im ganzen 12 Wochen

[1]) Auch anderwärts (*Klaften*-Wien) ist man von der „Spätbehandlung" (d. h. bei manifesten Symptomen) zur „Frühbehandlung" (d. h. bei positivem Spir. pall.-Befund oder serologischen Reaktionen ohne klinische Zeichen) und endlich zur Präventivbehandlung übergegangen und hat dadurch eine sehr bemerkenswerte Herabsetzung der Sterblichkeit der Kinder feststellen können.

Digitized by Google

lang gegeben werden, ist bekannt und wegen der hohen Einzeldosen von manchen Autoren bemängelt worden. Nicht ganz so stark in den Einzelgaben und nicht alternierend, sondern gleichzeitig kombiniert zwei spezifische Mittel in kräftiger Weise anwendend, ist *meine* ja auch allgemein bekannte *maximale Frühbehandlung*, bei der die Einzeldosen, wie bei Erwachsenen so auch bei Säuglingen, in gut erträglichen Grenzen bleiben. Bei Säuglingen gilt mir als Norm *pro Kilogramm Körpergewicht 0,015—0,02 Neo- oder Myosalvarsan* und 0,002 g *metallisches Bi* in Form des Bismogenols 2mal in der Woche, je am gleichen Tage, z. B. Montag und Donnerstag, 6 Wochen lang verabfolgt, so daß im allgemeinen je 12 Spritzen während dieser Zeit gegeben werden. Sind die Kinder schwerkrank und schwächlich, so ist *behutsamstes Vorgehen zu Anfang bei guter Pflege und Ernährung* (möglichst Mutterbrust) von größter Wichtigkeit zur Vermeidung von Todesfällen; ja hier empfiehlt es sich stets, wenige Tage erst Unguentum hydrarg. Köpp je 0,1 g pro Kilogramm einreiben zu lassen, um dann mit der halben Dosis Wismut und nach 3 Tagen mit etwas mehr Wismut + der halben Dosis Neo- oder Myosalvarsan (eventuell auch weniger) sich einzuschleichen. Kräftigere Kinder ohne Erscheinungen vertragen die Kur aber auch bei energischerem Beginn gut, wenn zuerst nur Bismogenol und als erste Dosis die Hälfte beider Mittel gegeben wird. Der *ersten Kur* folgt nach einer Pause von 5 bis höchstens 6 Wochen sofort die *zweite* ebenso starke Kur, die dann meist ohne Störung vertragen wird. Nach wiederum 6 bis 8 Wochen Intervall wird eine *dritte* Kur angeschlossen; von da ab entscheidet der klinische, serologische und Liquorbefund bei sorgsamster Beobachtung, ob noch eine weitere Behandlung notwendig ist. Die Mehrzahl der Kinder kommt anscheinend mit diesen drei Kuren, falls die letzte bei negativem serologischen und Liquorbefund durchgeführt wurde, nach unseren bisherigen Erfahrungen aus. Die Erfolge dieser Behandlung sind sehr befriedigend, aber gerade hierbei ist eine vergleichende Statistik mit den *Müller*schen auch durch lange Dauerbeobachtungen belegten Erfolgen für die endgültige Beurteilung sehr wünschenswert. Das intraglutäal anwendbare *Myosalvarsan* scheint dasselbe wie das länger bewährte Neosalvarsan zu leisten. Bei Kindern, die bei der Kur gut gedeihen, steige ich in resistenten Fällen auch mit der Dosis noch etwas, aber nicht so hoch wie *E. Müller*, und begnüge mich im allgemeinen mit 2mal 0,02, also einer Wochendosis von 0,04 g Neo- oder Myosalvarsan pro

Digitized by Google

Kilogramm. Da Säuglinge und kleinere Kinder größere Salvarsandosen meist besser als ältere Kinder und Erwachsene vertragen, ist eine behutsame Erhöhung zulässig, doch wird man über die Wochendose von 0,04 g pro Kilogramm 6 bis eventuell 7 oder 8 Wochen lang kaum hinauszugehen brauchen. Mit Bismogenol kann man eventuell von 2 auf 3 und selbst 4 mg metallisches Bi pro Kilogramm ansteigen. Die Wa.R. wird bei dieser Behandlung vor oder im Laufe der zweiten Kur häufig negativ. Das *gesamte Kursystem* (drei Kuren) dauert mit den erforderlichen Pausen 7½—8 Monate, ist also *um die Hälfte kürzer als das Müllersche* und belastet die Kinder nicht mit so großen Kalomelmengen, die vielen doch zu massiv erscheinen; auch die Salvarsaneinzeldosen sind etwa um die Hälfte kleiner. Die *gleichzeitige kombinierte Behandlung mit Bi und Salvarsan* wird gut vertragen und ist in der Praxis leichter durchführbar, da immer dieselben Wochentage vorbestimmt sind. Die Einzel- (0,015—0,02 g Neo- oder Myosalvarsan) und Wochendosen (0,03 bis 0,04) sind größer als die Kilodosis des Erwachsenen (etwa 0,01), immerhin können sie mit Rücksicht auf das *Müller*sche Behandlungsmaß nur als mäßig stark gelten und werden, falls man sich vorsichtig einschleicht und dem Einzelfalle sorgsam Rechnung trägt, auch gut vertragen. Anscheinend gesunde Kinder ansteckungsgefährlicher Mütter sahen wir unter dieser Behandlung sich fast durchweg sehr gut entwickeln. Im großen und ganzen dürften unter Mitberechnung der pränatalen Behandlung *drei Kuren* die Norm darstellen. Dies *Schema* ist natürlich *kein starres* und muß den so verschieden liegenden Einzelfällen *in individualisierender Weise* angepaßt werden[1]). Dabei ist der Grundsatz „Lieber etwas zu viel als zu wenig" für den Dauererfolg, wie überall bei der Syphilistherapie, wohl zu beachten, eine unnötige Polypragmasie aber auch hinsichtlich der Kurenzahl zu vermeiden. Auf *andere Behandlungsmethoden*, wie die noch *verstärkte Müllersche Kur*, die mit einem Schlage die Krankheit beseitigen soll, die reine Wismutbehandlung *(Buschke)* und die allmählich immer stärker ge-

[1]) Bei anscheinend gesunden Kindern ansteckungsgefährlicher Mütter begnüge ich mich je nach Lage des Falles mit *einer* oder *zwei Kuren*; bei positivem Spir. pall.-Nachweis aber stets negativen serologischen Reaktionen genügen meist auch *zwei* starke Kuren mit kurzer Pause; sonst sind *drei* erforderlich. *Schmierkuren* mit Ung. Köpp (einer.) zu 0,1 g pro Kilo vertragen schwächliche Säuglinge z. T. besser als Bi-Injektionen.

Digitized by Google

staltete *Spirozidkur (Oppenheim, Klaften* u. a., neuerdings auch *E. Müller)*, die mir alle nicht so empfehlenswert wie mein Kursystem erscheinen, kann ich aus Zeitmangel nicht eingehen.

V. Vergleichende Statistik der Behandlungserfolge.

Schon jetzt kann über mein relativ einfaches und nicht allzu lange Zeit erforderndes Kursystem gesagt werden, daß es fast regelmäßig *Symptomfreiheit* und sehr häufig auch bald *günstige serologische* und *Liquorbefunde* herbeiführt. Die *Infektiosität* wird stets, auch bei seiner Anwendung auf die unbehandelten und der Krankheit dringend verdächtigen Kinder, schnell herabgesetzt, und im Verein mit der systematischen Behandlung innerhalb der Gravidität wird durch solches Vorgehen die *angeborene Syphilis bald wesentlich eingedämmt* werden können. Um aber einen *sichereren Überblick* zu erhalten, muß meiner Meinung nach der Versuch gemacht werden, *größere Zahlen*, als wir sie jetzt besitzen, über den Dauererfolg der verschiedenen Kursysteme zu erhalten. Zu diesem Zweck erscheint mir eine von der *Deutschen Dermatologischen Gesellschaft ausgehende Umfrage* für unseren nächsten Kongreß (Königsberg, August 1929) wünschenswert. Daß sie auch bezüglich der Zeit der Übertragung und der Frühdiagnose (Spirochäten-, Röntgenbefund) einige kurze Fragen enthalten soll, scheint mir erwünscht; im wesentlichen muß sie die *Erfolge systematischer Behandlung innerhalb der Gravidität*, das *Schicksal der* Kinder und *die Erfolge der angegebenen systematischen Frühbehandlung* zu ermitteln und größere, *vor allem auch Dauerbeobachtungen*[1]) berücksichtigende *Zahlenreihen* zu sammeln suchen. Ein Fragebogen, der auch den Liquor- und den Röntgenbefund berücksichtigen muß und vor allem den Frauen-, Haut- und Kinderkliniken zugehen soll, ist leicht zu entwerfen, und ich möchte hoffen, daß alsdann die hier aufgestellten Grundsätze und Erfahrungen im wesentlichen bestätigt und *die großen, auf diesem wichtigen Gebiet gemachten Fortschritte*, die zum großen Teil *der Entdeckung der Spir. pall. zu verdanken sind*, noch klarer hervor-

[1]) Es freut mich, daß *Erich Müller* diesen von mir schon längst immer wieder betonten Gesichtspunkt in gleicher Weise hervorhebt. Auch darin, daß die Früh- und präventive Behandlung die *geistigen Defekte* vermindert, bin ich mit ihm einer Meinung; ebenso daß *Malariabehandlung*, die aber nur in stark resistenten und mit erheblichen Liquorveränderungen einhergehenden Spätfällen indiziert ist, von Kindern gut vertragen wird.

Digitized by Google

treten werden. Der vortreffliche Erfolg der systematischen Untersuchungen an den Berliner und Wiener Frauenkliniken läßt eine noch *engere Zusammenarbeit der Frauen-*[1]), *Haut-* und *Kinderkliniken* und eine *erweiterte Sammelforschung,* deren bisherige Ergebnisse hier nur kurz skizziert werden konnten, *dringend wünschenswert* erscheinen[2]).

II.

(Aus der Städtischen Hautklinik, Essen [Chefarzt: Prof. *Bering*].)

Beobachtungen über den Einfluß von Gaskohle und Steinkohlenpech auf den menschlichen Organismus nebst experimentellen Beiträgen über die Wirkung von Steinkohlenpech bei weißen Mäusen. (Pechkrebs.)

Von

Dr. J. BARNEWITZ,
Oberarzt der Klinik.

Unter den verschiedenen Kohlensorten nimmt die Gaskohle insofern eine besondere Stellung ein, als sie das Ausgangsmaterial darstellt für die Bereitung des Kokses, somit auch für die Herstellung von Steinkohlenrohteer und Steinkohlenpech. Das Steinkohlenpech stellt den bei der Destillation des Steinkohlenrohteeres verbleibenden Rückstand dar.

Bei einigen Bergleuten, die unter Tage beim Abbau von Gaskohle beschäftigt werden, wurden eigentümliche Pigmentverschiebungen der Haut beobachtet. Derartige Patienten wurden auf der Tagung der Dermatologischen Sektion Deutscher Naturforscher und Ärzte in Düsseldorf 1926, auf der Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Bonn 1927, sowie auf früheren Tagungen der Rheinisch-Westfälischen Dermatologen vorgestellt. Diese Bergleute arbeiten seit einer langen Reihe

[1]) Welche Bedeutung der *systematischen Untersuchung der Schwangeren und Gebärenden* für die Aufdeckung verborgener Syphilis zukommt, haben meine Untersuchungen mit *Franz Blumenthal* schon 1909 in Halle und später in Bonn an den geburtshilflichen Kliniken der Professoren *Veit, Fritsch* und *v. Franqué* zu zeigen versucht.

[2]) Aus der ungemein reichen Literatur sei hier nur auf *Heinsius, Lues bei Mutter und Kind* (F. Enke, Stuttgart 1928) hingewiesen, wo die Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin wiedergegeben sind.

Digitized by Google

von Jahren, im mindesten 10, bei dem Abbau von Gaskohle. Sie geben übereinstimmend an, daß an ihrer Arbeitsstelle eine sehr hohe Temperatur herrsche. Die Pigmentverschiebungen zeigen verschiedene Ausdehnung, verschiedene Lokalisation, verschiedene Intensität. Nur eins ist bei allen, wenn auch in verschieden starker Ausprägung zu erkennen, daß die Pigmentierung sich in der Gürtelgegend ausgebildet hat. Die Anhäufung des Farbstoffes in der Haut ist eine ausgesprochen fleckförmige, wobei an verschiedenen Stellen die kleineren Flecken zu größeren konfluieren. Lupenbetrachtung solcher Flecke zeigt, daß größtenteils die unmittelbare Umgebung der Follikelmündungen pigmentarm bzw. frei von Pigment ist. Irgendwelche andere Hautveränderungen, insbesondere eine Keratosis pilaris, entzündliche Erscheinungen an den Follikeln, Abweichungen im normalen Ablauf der Verhornung fehlen (Abb. 1). Allerdings gaben zwei Patienten auf Befragen an, daß sie vor dem Auftreten der braunschwarzen Verfärbung rote Flecken am Körper bemerkt hätten. Diese Pigmentierungen haben eine dunkelbraunschwarze Farbe und können sich überall finden, mit Ausnahme der Unterschenkel und Füße. In 3 Fällen war die Verfärbung im Gesicht eine sehr ausgesprochene, bei zweien von diesen flächenförmig, bei dem letzten punktförmig. Irgendwelche Beschwerden haben diese Patienten von seiten ihrer Hauterscheinungen nicht. Bei der histologischen Untersuchung exzidierter Pigmentflächen zeigt sich, daß das Pigment sich fast ausschließlich in den Chromatophoren der Cutis findet, die Basalzellen der Epidermis enthalten kein Pigment. Entzündliche Erscheinungen sind nicht erkennbar. Die geschilderten Veränderungen gleichen fast vollständig denen, wie sie besonders von *Habermann* als Melanodermitis toxica aus der *Hoffmann*schen Klinik eingehendst geschildert worden sind. Wenn auch

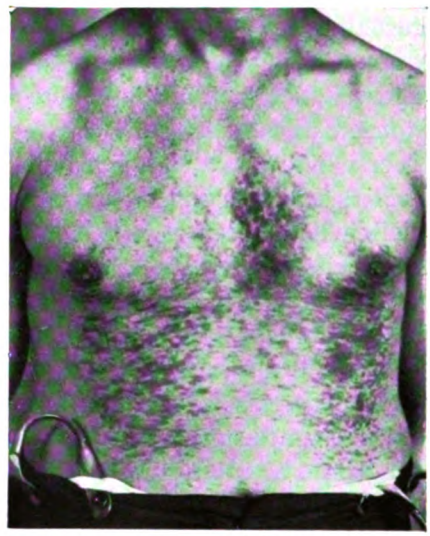


Abb. 1. Pigmentierung der Bauchhaut bei einem Steiger, der seit 25 Jahren vor Gaskohle arbeitet.

Digitized by Google

die entzündlichen Erscheinungen in den von mir beobachteten Fällen fehlen, so glaube ich doch die Erkrankung in die genannte Gruppe einreihen zu können. Dieser Unterschied hängt meiner Ansicht nach in erster Linie mit den Ursachen dieses ganzen Prozesses zusammen. Während bei den sog. „Kriegsmelanosen" (Melanodermitis toxica) Teer und Schmieröl eine hervorragende Rolle als ursächliches Moment spielen *(E. Hoffmann, Habermann, Blaschko, Oppenheim)* und schon nach verhältnismäßig kurzem Einwirken der genannten Schädlichkeiten die Hautmanifestationen sich ausbilden, handelt es sich bei den Bergleuten, die vor Gaskohle arbeiten, *um Stoffe, die in der Gaskohle enthalten sind* und erst im Verlaufe von Jahren die geschilderten Hautveränderungen hervorrufen. Wie eingangs erwähnt, stellt die Gaskohle das Ausgangsprodukt auch für die Teerschmieröle dar, so daß auch bei der Gaskohle dieselben Substanzen als auslösend in Frage kommen können wie bei den Teerschmierölen. Nur würden sie in der Gaskohle in ganz erheblich geringerer Konzentration vorhanden sein, wodurch sich vielleicht der langsame Ablauf der Hautveränderungen bei den Bergleuten erklären lassen könnte. Diesen Stoff näher zu umgrenzen, möchte ich vorläufig unterlassen, da ich keine sicheren Anhaltspunkte habe, die zu seiner Einreihung in eine bestimmte Gruppe führen könnte. Es sei besonders hervorgehoben, daß bei diesen Patienten eine Empfindlichkeit gegen Sonnenlicht fehlt; die Pigmentierungen bilden sich in erheblichem Maße an den der Sonne nicht ausgesetzten Körperstellen aus. Daher kommen wohl die als Lichtsensibilisatoren bekannten Stoffe der Akridinreihe nicht allein in Frage. Durch das Fehlen der Lichtempfindlichkeit unterscheiden sich die Pigmentierungen bei Bergleuten, von denen, wie sie gelegentlich nach Gebrauch von Teerschmierölen *(E. Hoffmann, Habermann, Oppenheim, Blaschko)* durch Teerprodukte [Tumenol *(Frieboes)*, Karboneol *(Herxheimer* und *Nathan)*] beobachtet worden sind.

Über die Entstehung dieser Pigmentveränderungen lassen sich sichere Angaben zurzeit noch nicht machen. Da die Bergleute den Staub der Gaskohle teils einatmen, teils mit der Nahrung aufnehmen, teils vorübergehend in erheblichem Maße auf der Haut liegen haben, andere Reaktionen der Haut, als die der Pigmentierung fehlen, ist wohl die Annahme berechtigt, daß irgendwelche toxischen Stoffe durch Einatmen und durch Verschlucken in den Körper aufgenommen werden *(E. Hoffmann, Meirowsky, Kissmeyer)*. Hierbei möchte ich besonders darauf

Digitized by Google

hinweisen, daß Rohteer, Teerschmieröle und endlich Pech Glieder eines chemischen Prozesses sind, der seinen Ausgangspunkt von der Gaskohle nimmt, so daß wohl ein und dieselbe Gruppe von Substanzen als ursächliches Moment in Frage kommen könnte.

Über die *durch Steinkohlenpech in der menschlichen Haut hervorgerufenen Veränderungen* liegen ausführliche Mitteilungen vor *(K. Ullmann)*. Ich möchte hier nur kurz über einige Beobachtungen berichten an Patienten, die infolge langjähriger Beschäftigung im Pechbetriebe die typischen Hautveränderungen aufwiesen, und die *nun seit mehreren Jahren mit Pech nicht mehr beschäftigt werden*. Diese typischen Hautveränderungen waren an den verschiedensten Körperstellen lokalisiert und bestanden in fleckförmigen Pigmentierungen, fleckförmigen Erythemen, warzigen Hyperkeratosen und vereinzelter Plattenepithelkrebsbildungen. Letztere wurden seinerzeit auf chirurgischem Wege entfernt.

Mit der fortschreitenden hygienischen und technischen Verbesserung der Betriebe wird die Zahl solcher Patienten allmählich geringer, so daß die absolute Zahl der Untersuchten nicht groß ist.

Bei den genannten Personen finden sich die typischen *Spätveränderungen durch Pech* ausschließlich an den der Belichtung ausgesetzten Körperteilen: Gesicht, Nacken, Unterarme und Handrücken, nachdem sie früher auch an anderen Körperstellen bestanden haben. Als Spätveränderungen werden folgende aufgefaßt: Fleckförmige dunkelbraune Pigmentierungen neben fleckförmigen erythematösen Herden und leicht eingesunkenen, rundlichen Narben, ferner warzige Hyperkeratosen. Die Abbildungen zeigen, daß diese Manifestationen an der Haut dicht beieinander bestehen und sehr stark ausgeprägt sind. Bei der außerdem bestehenden Atrophie der Haut muß berücksichtigt werden, daß es sich bei diesen Individuen um Männer handelt, die älter als 50 Jahre sind (Abb. 2 u. 3). Die histologische Untersuchung ergibt eine Ansammlung des Pigments in der Kutis innerhalb von zahlreichen Chromatophoren, Erweiterung der Gefäße unter geringer Einscheidung mit Rundzellinfiltraten. An einzelnen Stellen gehen von dem Epithel solide Zellstränge in die Tiefe; diese Stränge setzen sich aus normaldifferenzierten, stark pigmentierten Zellen zusammen, so daß wohl von einer Unruhe des Epithels, aber nicht von einer Karzinombildung gesprochen werden kann.

Digitized by Google

Neben diesen Veränderungen am Epithel finden sich herdweise angeordnete Gefäßerweiterungen, die zum Teil von geringen Rundzelleninfiltraten umgeben sind. Diese Bilder gleichen fast völlig denen beim Xeroderma pigmentosum im Beginne der Atrophie.

Das Besondere an diesen Beobachtungen scheint mir in folgendem zu liegen: Die Veränderungen der Haut, wie wir sie nach langdauernder Einwirkung von Steinkohlenpech kennen, können noch *jahrelang ohne ein Nachlassen der Intensität weiter bestehen, nachdem die Einwirkung des Pechs aufgehört*

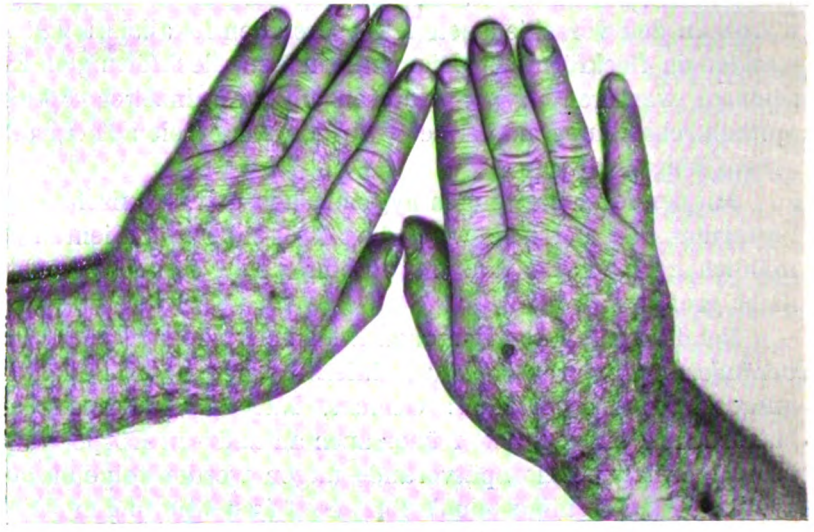


Abb. 2. Hände eines Patienten, der von 1908—1918 im Pechkeller arbeitete.

hat. Es bildet sich nur der gleichmäßig dunkelbraune Farbenton der Haut zurück, der nach *Schärer* auf eine Imbibition mit Pechsubstanzen zurückzuführen ist. Die bestehenbleibenden Veränderungen lokalisieren sich an dem der Sonnenwirkung am meisten ausgesetzten Körperpartien, während an den übrigen Stellen des Körpers eine vollkommene Rückbildung der vorhanden gewesenen Erscheinungen eingetreten ist. Solange die Arbeiter im Pechbetriebe beschäftigt sind, sind sie gegen Sonnenlicht sehr stark überempfindlich, so daß sie sich mit den verschiedensten Mitteln gegen die Einwirkung des Sonnenlichtes zu schützen suchen. Nachdem die Arbeiter mehrere Jahre nicht mehr mit Steinkohlenpech in Berührung gekommen sind, haben sie nicht mehr das Bedürfnis, sich gegen Sonnenlicht zu

Digitized by Google

schützen, wohl bestehen aber an den gewöhnlich nicht bedeckten Körperpartien Veränderungen der Haut, die denen, wie wir sie bei Xeroderma pigmentosum kennen, sehr ähnlich sind. Es handelt sich bei diesen Hauterscheinungen früherer Pecharbeiter nun nicht etwa um die Tatsache, daß die Manifestationen an der Haut der unbedeckten Körperstellen sich langsamer zurückbilden als an den übrigen Partien des Körpers. Vielmehr kann auf eine gewisse Progredienz der Erkrankung

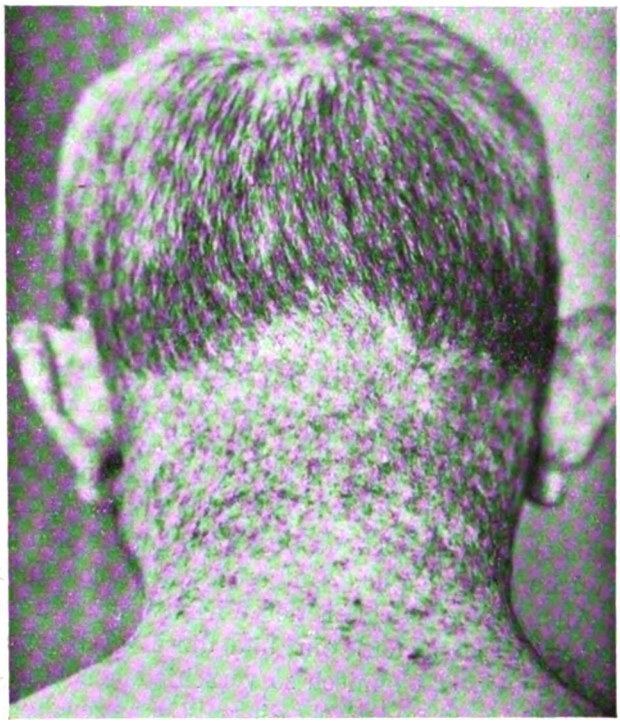


Abb. 3. Nacken eines Patienten, der von 1908—1918 im Pechkeller gearbeitet hat. Fleckförmige Pigmentierungen und Erytheme, sowie Narben.

aus dem Umstande geschlossen werden, daß sich auch jetzt noch *neue warzige Hyperkeratosen* von etwa ½ cm Durchmesser ausbilden innerhalb der Bezirke mit fleckförmiger Pigmentierung und Erythembildung, und daß ferner auch histologisch Anzeichen einer Unruhe des Epithels sich erkennen lassen.

Die geschilderten Tatsachen zwingen zu der Folgerung, daß es nach langjähriger intensiver Einwirkung, aber wohl auch nur nach solcher von Pechstaub auf den menschlichen Organismus zu nicht rückbildungsfähigen Veränderungen an der Haut

Digitized by Google

kommen kann, bei deren Entstehung der Einwirkung von Sonnenlicht eine ausschlaggebende Rolle zugeschrieben werden muß. Andererseits ergibt sich, daß nicht nur im Teer und seinen Destillationsprodukten gegen Sonnenlicht sensibilisierende Substanzen vorhanden sind, sondern daß auch das Pech, der Rückstand des Destillationsprozesses, noch erhebliche Mengen solcher Stoffe enthalten muß. Diese Annahme erfährt auch noch eine weitere Stütze durch die Tatsache, daß sich Pech zum Teil in absolutem Alkohol unter ausgesprochener Fluoreszenz auflöst. Diese Beobachtungen zeigen auch, daß das Bestehen und die Entwicklung der Hautveränderungen nicht gebunden ist an die frische Zufuhr bzw. das noch Vorhandensein der im Steinkohlenpech enthaltenen auslösenden Substanzen; denn nach 10-jährigem Fehlen jeglicher Einwirkung von Pechstaub auf den menschlichen Organismus darf man seine Bestandteile nicht mehr im Körper in nennenswerter Menge erwarten. Es besteht also die sehr große Wahrscheinlichkeit, daß die beschriebenen Veränderungen der menschlichen Haut wohl durch Bestandteile des Steinkohlenpechs ausgelöst worden sind, daß aber unter bestimmten Bedingungen auch nach Fehlen dieser Substanzen der Prozeß an der Haut weiter abläuft ohne wesentliche Neigung zur Rückbildung. Endlich zeigen die mitgeteilten selteneren Beobachtungen, daß Gaskohle, Rohteer und seine Destillationsprodukte, sowie das Steinkohlenpech Wirkungen auf den menschlichen Organismus entfalten können, die sich dem Wesen nach gleichen, wenn auch Unterschiede in der Intensität bestehen. Aus dieser Gleichheit der Wirkungen kann auch darauf geschlossen werden, daß ein und dieselbe Gruppe von Substanzen in den zwar chemisch so verschiedenen Stoffgemengen, wie Gaskohle, Teer und Pech, diese Wirkungen hervorruft.

Das *Steinkohlenpech* zu *experimentellen Untersuchungen* heranzuziehen, lag bei seiner ausgeprägten Wirkung auf den menschlichen Organismus nahe. War es den bisherigen Untersuchern (*Yamagiwa*, *Bloch*, *Fiebiger*, *Bierich*, *Teutschländer*, *G. Döderlein* u. a.) gelungen, mit Steinkohlenrohteer Veränderungen bis zur Krebsbildung, ähnlich wie beim menschlichen Organismus, bei Mäusen hervorzurufen, so mochten Untersuchungen über die Einwirkung von Steinkohlenpech auf Mäuse aussichtsreich erscheinen.

Bei den experimentellen Untersuchungen bemühte ich mich, den Bedingungen, unter denen der menschliche Organismus in der Berufsarbeit dem Steinkohlenpech ausgesetzt ist, wenigstens

Digitized by Google

etwas nahe zu kommen. Die Versuchsanordnung wurde daher in der ersten Serie von 15 Mäusen so gewählt, daß der aus zerkleinertem Torfmull bestehenden Streu mit dem Holzhammer feingestoßener Steinkohlenpech in etwa gleichen Volumenteilen zugesetzt wurde. Als Futter wurde in Milch geweichtes Brot gegeben, das auf die pechhaltige Streu gelegt wurde. Die Streu wurde zweimal am Tage energisch umgeschüttelt, so daß die Tiere allseitig von Pech bestäubt wurden. Es läßt sich bei dieser Versuchsanordnung nicht vermeiden, daß die Tiere das Pech auch in den Intestinal- und Respirationstraktus aufnehmen. Letzteres ist auch bei den im Pechkeller arbeitenden Personen der Fall. Die Tiere, die auf der oben geschilderten Streu leben, bekommen oft schon nach 48 Stunden eine deutlich schmutzig-gelbe Verfärbung des Haarkleides, eine deutliche Konjunktivitis, die zur Verklebung der Lider führen kann. Auch die Ohren nehmen einen gelblichen Farbenton an, der aber durch das Rot einer stärkeren Durchblutung etwas überdeckt wird. Die Gelbfärbung des Haarkleides ist nur zum Teil dadurch bedingt, daß das Pech in feinsten Partikelchen an den Haaren haftet, zum anderen Teil handelt es sich um einen gelblichen Farbstoff, der sich mit Alkohol extrahieren läßt. Ein solcher alkoholischer Extrakt weist deutliche Fluoreszenz auf. Nach Verlauf von 8 Tagen ist an den Mäusen ein Verlust von Haaren zu beobachten, der rings um die Augenlider zuerst eintritt, und dann im Verlaufe etwa weiterer 2 Wochen auf den Gesichtsschädel des Tieres übergreift. Diese eben geschilderten Veränderungen habe ich bisher bei allen Mäusen beobachten können. Die Tiere kratzen sich oft schon in den ersten 24 Stunden an allen Stellen, die den Füßen zugänglich sind; jedoch ist der Juckreiz scheinbar nicht bei allen Tieren in gleicher Intensität vorhanden. Bei etwa 80% der Tiere tritt nach Verlauf von weiteren 14 Tagen bis 3 Wochen ein fleckförmiger Ausfall von Haaren auf dem Rücken ein. Dieser Haarausfall kann soweit führen, daß die Mäuse vollkommen kahl werden; andererseits behalten auch viele Mäuse noch erhebliche Mengen ihres Haarkleides, so daß nur dichte und weniger dichte Stellen in der Behaarung zu erkennen sind. Die bisher beschriebenen, durch den Einfluß des Steinkohlenpechs bei den Mäusen hervorgerufenen Hautveränderungen sind einer weitgehenden Rückbildung fähig, wenn das Pech von den Tieren ferngehalten wird (Abb. 4).

Läßt man die Mäuse ohne Unterbrechung auf der vorhin geschilderten pechhaltigen Streu leben, so nehmen die Haut-

Digitized by Google

erscheinungen bei den meisten an Intensität zu, wie oben geschildert. Das Haarkleid macht einen struppigen Eindruck; zwischen den Haaren und auf den haarfreien Stellen sind feinste Hornschüppchen zu erkennen. Besonders auffallende Erscheinungen können sich an den Ohren einzelner Tiere einstellen. Die Tiere kratzen sehr viel an den Ohren. Bei einzelnen bilden sich an den freien Rändern der Ohren von schwarzen Krusten überzogene Substanzverluste aus. Diese Substanzverluste ergreifen allmählich weitere Bestandteile der Ohrmuscheln, so daß schließlich nur ausgefranste Stümpfe übrigbleiben können. Besonders erwähnen möchte ich, daß sich diese Ulzerationen zuerst am oberen Rande der Ohrmuschel bei allen Tieren entwickeln und von oben her dann weiter die unteren Partien ergreifen (Abb. 5).

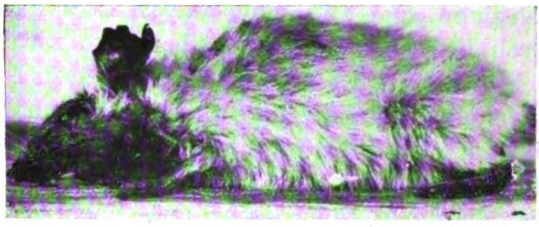


Abb. 4. Maus nach 13 wöchiger Einwirkung von Steinkohlenpech. Tumor am linken Kieferwinkel.

Frühestens nach 8wöchigem Aufenthalt der Tiere auf der pechhaltigen Streu wurde die Entstehung von zunächst wie kleine Warzen aussehenden Tumoren beobachtet, die sich innerhalb etwa 2—3 Wochen zu deutlichen Tumoren mit schwarzer, höckeriger, harter Oberfläche entwickeln können. Diese wird von Krusten gebildet, die über einer schmierigbelegten Ulzeration mit wallartig erhabenem Rande sitzen. Bei der bisherigen Versuchsanordnung habe ich etwa bei 50% der Tiere *Geschwulstbildung* feststellen können. Die Tiere leben mit der Geschwulstbildung noch sehr lange Zeit, wenn man sie auf eine pechfreie Streu bringt, andernfalls gehen sie allmählich unter Erscheinungen starker Reduktion zugrunde. Bei den auf pechfreier Streu lebenden Geschwulsttieren wächst die Geschwulst allmählich in die Breite unter Bildung einer dunkelbraunen, unregelmäßig zerklüfteten Kruste, die an der Unterlage festhaftet. Bei solchen Tieren stellt sich das Haarkleid fast vollkommen wieder her und wird wieder blendend weiß und dicht. Nur eine

Digitized by Google

auffällige Erscheinung bleibt bestehen, nämlich der Juckreiz in der Umgebung des Tumors und an den Ohren. Bei einem Tier, das mit einer ausgebildeten etwa ½ cm im Durchmesser messenden Geschwulst auf eine pechfreie Streu wieder zurückgesetzt wurde, und bei dem etwa der halbe Rücken haarlos war, haben sich im Laufe von etwa 8 Wochen die Haare vollkommen wieder ausgebildet; andererseits sind aber infolge krustöser Substanzverluste die Ohrmuscheln nur noch etwa zur Hälfte vorhanden; es steht zu erwarten, daß auch noch eine weitere Reduktion dieser Organe eintreten wird, da ein scheinbar ständig vorhandener Juckreiz immer Veranlassung zum Kratzen gibt.

Bei einer anderen Reihe von Mäusen wurde insofern eine Änderung der Versuchsanordnung durchgeführt, als den Tieren die Milch im Trinkgefäß und das Brot im trockenen Zustande ge-

Abb. 5. Maus nach 15 wöchiger Einwirkung von Steinkohlenpech.

Abb. 6. Epithelveränderungen in der unmittelb. Umgebung des Tumors.

geben wurden. Diese Änderung ist insofern von großer Bedeutung, als durch sie erreicht wird, daß die Tiere wesentlich weniger Pech mit der Nahrung zu sich nehmen, das sich ausgiebig an das feuchte Brot anklebt. Auch bei diesen so gehaltenen Tieren kommt es zu den vorhin geschilderten Erscheinungen an der Haut, nur scheint der Juckreiz nicht dieselbe Intensität wie bei der zuerst geschilderten Anordnung zu erreichen, weil die Tiere sich viel weniger kratzen. Sichere Karzinome sind bei dieser Anordnung auch erzielt worden.

Die *histologische Untersuchung* bei Lebzeiten aus den Tumoren exzidierter Stücke sowie der Organe und der Geschwülste der spontan eingegangenen Tiere ergibt etwa folgendes Bild: An den Rändern der Tumoren bildet sich eine allmähliche Dickenzunahme des Epithels aus. In diesem Bereiche gehen einzelne, meist noch wohl abgegrenzte, aus nicht atypischen Zellen bestehende Epithelzapfen in die Tiefe (Abb. 6). Die Hornbildung

Digitized by Google

ist vermehrt. Die Tumoren selbst bestehen aus einem von dem Epithel aus wachsenden Gewebe, das sich aus polygonen epithelähnlichen Zellen zusammensetzt, und an einzelnen Stellen deutliche Zeichen einer atypischen Hornbildung aufweist. Die Kerne der Zellen sind uneinheitlich, indem sich neben rundlichen chromatinreichen auch spindelförmige Kerne finden, und besonders an den Stellen der atypischen Verhornung die Kerne die etwa 3fache Größe der sonstigen annehmen und nur einzelne Chromatinbröckel aufweisen (siehe Abbildung 7). Die wuchernden Zellen haben die ausgesprochene Neigung, in den Lymphbahnen bis zu den Lymphknoten und Speicheldrüsen vorzudringen (siehe Abbildung 8 und 9).

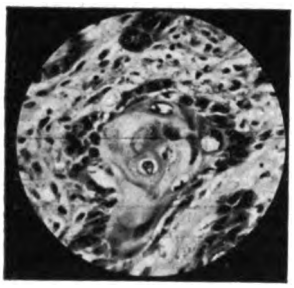


Abb. 7. Atypie der Zellen und Hornbildung.

Die histologische Untersuchung haarloser Hautpartien zeigt einen schmalen Saum von Epithel mit vermehrter Hornbildung

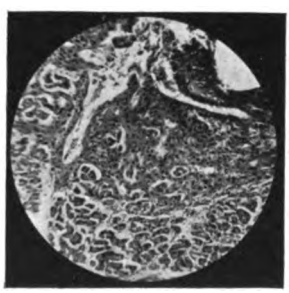


Abb. 8. Einwachsen des Ca. in einen Lymphknoten.

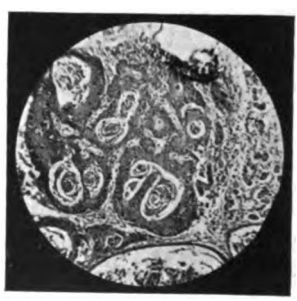


Abb. 9. Einwachsen des Ca. in eine Speicheldrüse.

und einzelnen Hornzysten. Die Gefäße sind leicht erweitert und von geringfügigen Rundzelleninfiltraten umgeben.

Die mikroskopischen Bilder der ulzerierten Ohrmuscheln lassen eine Dickenzunahme des Epithels mit Bildung wohl abgegrenzter Epithelzapfen, besonders in der Umgebung der Ulzerationen erkennen. Ein deutlich infiltrierendes Wachstum oder Atypie der Zellen wurde bisher nicht gefunden. Vielmehr liegt eine aus geronnenem Fibrin, Detritus und Bakterien bestehende Kruste direkt auf dem Substanzverlust, der alle Bestandteile der Ohrmuscheln umfassen kann.

Digitized by Google

Bei der Untersuchung der inneren Organe fällt im histologischen Bilde bei den Lungen das Vorhandensein eines braunschwarzen, nicht eisenhaltigen Pigments in einzelnen Bronchien und Alveolen auf. Es ist sehr ungleichmäßig in den Lungen verteilt, indem einzelne Bezirke das Pigment deutlich erkennen lassen, wohingegen es aber in dem weitaus größten Teil der Lunge nicht vorhanden ist. Entzündliche Erscheinungen oder Veränderungen am Epithel der Bronchien wurden nicht gefunden.

Die histologische Untersuchung der gegen die Norm wesentlich verkleinerten Milz, der Leber und des Magen zeigen keine deutliche Abweichung von dem normalen Bilde.

Aus diesen kurz wiedergegebenen Befunden ergibt sich, daß es gelungen ist, durch die Einwirkung gestoßenen Pechs bei Mäusen Veränderungen zu erzeugen, die mit denen am Menschen beobachteten eine große Ähnlichkeit haben. Auch bei den Mäusen entwickelt sich ein erheblicher Juckreiz der Haut; es stellen sich Anomalien des Verhornungsprozesses in und um die Follikel ein; schließlich kommt es in einem nicht geringen Prozentsatz zur Ausbildung maligner Epitheliome. Die auch beim Menschen bestehende große Ähnlichkeit, wenn nicht Gleichheit der Erkrankungsformen infolge Teer- bzw. Pecheinwirkung läßt sich auch im Experimente bei der Maus zeigen. Diese Ergebnisse legen den Gedanken nahe, daß die auslösende Substanz sowohl im Rohteer wie auch im Steinkohlenpech vorhanden ist. Es gelingt allem Anschein nach nicht, auf dem Wege der Destillation, weder im Fabrikationsbetriebe noch im Laboratoriumsversuch, eine so weitgehende Sonderung und Trennung des den Rohteer darstellenden Gemisches von chemischen Substanzen herbeizuführen, daß nur eine bestimmte Fraktion die die Erkrankung und vor allem die Krebsbildung auslösenden Substanzen enthielte. Nach den Untersuchungen von *Bloch* und *Widmer*, von *E. Hoffmann, Zurhelle* und *Schreus*, von *Kennaway, Nieuwejaar* sind besonders die höhersiedenden Fraktionen der Teerdestillation als krebserzeugend anzusehen. Diese Befunde werden durch die von mir mitgeteilten dahingehend ergänzt, daß auch das *Pech*, der Rückstand der Rohteerdestillation, diese Stoffe noch in erheblichen Mengen enthält. Von diesen Erwägungen ausgehend sind zur Zeit Versuche im Gange, die die Klärung der Frage bezwecken, ob der fluoreszierende, mit Alkohol extrahierbare Teil des Peches auf den Mäuseorganismus einwirkt, und ob nicht durch die Extraktion mit Alkohol das

Digitized by Google

Pech seine Wirkung bezüglich der Krebserzeugung und des Hervorrufens der sonstigen Hauterscheinungen verliert.

Andererseits gestatten die mitgeteilten Untersuchungen an Mäusen gewisse Schlüsse, auf welchem Wege die wirksamen Bestandteile in den Organismus aufgenommen werden. Bei den zuerst geschilderten Versuchen haben die Tiere erhebliche Mengen Pech, das an dem feuchten Brote klebte, mit der Nahrung aufgenommen. Bei der zweiten mitgeteilten Versuchsanordnung ist sehr viel weniger Pech mit der Nahrung aufgenommen worden, weil es an dem trockenen Brote nicht haftete. Diese Annahme wird auch durch die Ergebnisse der Untersuchungen von *H. Fischer* bestätigt, der durch Fütterung teergetränkten Hafers bei Mäusen ausgedehnte Hautveränderungen bis zur Karzinombildung erzeugen konnte. *Borst* konnte die Bedeutung der Cholesterinfütterung für die künstliche Erzeugung von Karzinomen nachweisen. Es liegt die Vermutung nahe, daß die im Pech wie auch im Rohteer enthaltenen Fettbestandteile eine besondere Rolle bei der Entwicklung des Teer- bzw. Pechkarzinoms spielen, besonders dann, wenn sie in den Magendarmkanal aufgenommen werden.

Als *praktische Folgerung auf gewerbehygienischem Gebiete* ergibt sich aus den Untersuchungen, die fortgeführt werden, die Tatsache, daß nur intensivste, langdauernde Einwirkung des Steinkohlenpechs zu krankhaften Veränderungen führt. Die in neuzeitlich eingerichteten Betrieben durchgeführten Maßnahmen verhindern einerseits die Entstehung größerer Mengen *Pechstaubes* in geschlossenen Räumen, andererseits auch die Entwicklung von *Pechdämpfen*, so daß bei entsprechender Körperpflege die in den Körper aufgenommene Pechmenge zu gering ist, um Schädigungen hervorrufen zu können.

Literaturverzeichnis.

Bierich, Über den experimentellen Teerkrebs. Klin. Wschr. 1922. S. 2272. — *Bloch* und *Dreifuß*, Über die künstliche Erzeugung metastasierender Mäusekarzinomen durch Bestandteile des Teerpechs. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 140. S. 6. — *Bloch* und *Widmer*, Weitere Untersuchungen über die bei der künstlichen Krebserzeugung wirksamen Teerbestandteile. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 152. S. 529. — *Borst*, Krebserzeugung durch lokale Reize bei gleichzeitiger Cholesterinfütterung. Ztschr. f. Krebsforsch. Bd. 21. S. 337. — *Fibiger* und *Bang*, Experimental Production of tar cancer in white mice. Kopenhagen 1921. — *H. Fischer*, Ergebnisse experimenteller Untersuchungen zur Erzeugung von Hautkarzinomen. M. med. Wschr. 1928. S. 1151. — *Fischer-Wasels*, Über experimentelle Erzeugung von Mammakarzinomen. M. med.

Digitized by Google

Wschr. 1928. S. 73. — *Frieboes*, Vaseline- und Teerschädigung der unbedeckten und belichteten Körperhaut. Derm. Ztschr. Bd. 24. S. 641. — *Habermann*, Über die sogenannten Kriegsmelanosen und ihre Beziehung zu den Teer- und Schmierölschädigungen der Haut. Derm. Ztschr. Bd. 30. S. 63. — *Herxheimer* und *Nathan*, Über Sensibilisierung der Haut durch Karboneol gegenüber Sonnenlicht und eine dadurch bedingte Dermatitis solaris. Derm. Ztschr. Bd. 24. S. 385. — *E. Hoffmann* und *Habermann*, Arzneiliche und gewerbliche Dermatosen durch Kriegsersatzmittel (Vaseline, Schmieröl) und eigenartige Melanodermatitiden. D. med. Wschr. 1918. Nr. 10. — *E. Hoffmann*, *Schreus*, *Zurhelle*, Beobachtungen zur experimentellen Geschwulsterzeugung durch Teer verschiedener Herkunft und Paraffin. D. med. Wschr. 1923. S. 633. — *Kennaway*, On Cancer producing Tars and Tar-fraction. The Journal of industrieal Hyg. Bd. 5. S. 462. — *Kißmeyer*, Über Teermelanose. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 140. S. 357. — *Nieuwejaar*, Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der canerogenen Stoffe des Steinkohlenteers. Med. Rev. Jahrg. 42. S. 575. 1925. Ref. im Ztralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 20. S. 753. — *Schärer*, Hautschädigungen bei Brikettarbeitern und ihre Beziehungen zur Kriegsmelanose. Schweiz. med. Wschr. 1921. Nr. 13. — *Teutschländer*, Über die endgültigen Ergebnisse unserer Experimente zum Nachweis der karzinogenen Komponenten im Heidelberger Gaswerkteer. Ztschr. f. Krebsforsch. Bd. 20. S. 111. — *Ullmann*, *Oppenheim*, *Rille*, Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit. Leipzig 1926. Bd. 2 u. 3. — *Yamagiwa*, Zusammenfassender Bericht der Ergebnisse von Versuchen über die Entstehung von Epithelgeschwülsten. Virch. Arch. Bd. 245. S. 20.

III.

(Aus der Dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin [Dirig. Arzt: Prof. Dr. *Löhe*].)

Umschriebene Hirnsklerose mit Mikrogyrie bei liquorpositiver Lues congenita.

Von

Dr. H. ROSENFELD,
Assistenzarzt.

Bei den syphilitischen Gehirnerkrankungen bei Lues congenita, kann man pathologisch-anatomisch die *gummöse*, die *vaskuläre* (endarteritische) Form und die *Meningoenzephalitis* unterscheiden. Während die beiden ersten Formen oft klinisch, immer anatomisch als spezifische Erkrankungen zu diagnostizieren sind, bietet die dritte Form, die *Meningoenzephalitis*, nicht nur der klinischen Diagnose, sondern auch der pathologisch-anatomischen Erkennung oft unüberwindliche Schwierigkeiten. Der Grund dafür liegt in dem frühzeitigen, meist in der

Digitized by Google

Fötalzeit beginnenden Auftreten dieser Erkrankung, so daß schon oft bei der Geburt ein uncharakteristischer, narbiger Endzustand vorliegt, dessen Natur — insbesondere noch durch sekundäre Entwicklungsstörung kompliziert — nicht mehr zu erkennen ist.

In diese Gruppe fällt ein bemerkenswerter Fall eines Säuglings unserer Abteilung, bei dem es durch Zusammenfassung klinischer und anatomischer Befunde möglich war, zu einer Klärung des schwierigen und seltenen Krankheitsbildes zu gelangen.

Krankheitsverlauf.

Anamnese: G. P., 6 Wochen alter Säugling, wurde am 1. 7. 1927 eingeliefert. Uneheliches Kind, Vater und Mutter Lues; Mutter machte im 6. Schwangerschaftsmonat erste antisyphilitische Kur. Kind Frühgeburt im 8. Monat. Normaler Geburtsverlauf ohne instrumentellen Eingriff. Schon einige Tage nach der Geburt sollen beim Kind besonders nach Berührung *krampfartige Zuckungen* aufgetreten sein. Kind wird wegen Ernährungsstörung der Säuglingsabteilung des Krankenhauses überwiesen, von dort wegen *positiver Wassermannscher Reaktion* im Blut auf unsere Abteilung verlegt am 28. 7. 1927.

Status: Ausgesprochener Mikrozephalus. Hinterkopf flach, abschüssig, fast geschlossene Fontanelle. Mäßiger Allgemeinzustand. Kind schnieft (Coryza). Milz palpabel, innere Organe sonst o. B. Linkss. indirekte Hernia inguin. Ausgesprochener, spastischer Rigor der Extremitäten und Rumpfmuskulatur. Patellarreflexe gesteigert, rechts stärker als links. Es besteht eine linksseitige totale *Fazialisparese;* Conjunktivitis ex lagophthalmo.

Wa.R. im Blut ++++, Meinicke Trübungsreaktion ++, 18. 8. *Lumbalpunktion:* Nonne-Apelt: +++, Pandy: ++++, Zellen: 8/3, Wa.R. 0,5 +++, Wa.R. 0,25 ++, Goldsol: 321 0000, Mastix: 4321 0000.

25. 8. Unter Einleitung einer antisyphilitischen Kur (Neosalvarsan i. m.) Hebung des Allgemeinzustandes, Gewichtszunahme, deutlicher Rückgang der Fazialisparese, besonders im Stirnast, Stirn wird gerunzelt, Auge fast geschlossen. Röntgenbefund (Aufnahme beider unterer Extremitäten): „Verkalkungszone nicht verstärkt. Distales Diaphysenende des Femur meißelförmig."

6. 9. Fazialisparese auch im Gesichtsast bedeutend gebessert. 6. Injektionen Neosalvarsan ($4 \times 0{,}03$; $2 \times 0{,}05$ g). Ohren stets o. B. Tonische Starre der Bauchdecken und Extremitäten.

11. 10. Fazialisparese fast vollständig geschwunden. Ausgeprägter Mikrozephalus, Strabismus convergens.

25. 11. Das ½jährige Kind macht keinerlei aktive Bewegungen, keine Fixierung, es liegt steif, mit angedeutetem Opisthotonus im Bett, starker Rigor der gesamten Muskulatur. Abgeplatteter Hinterkopf, angedeuteter Turmschädel, Strabismus. Bisher ½ g Neosalvarsan. Wa.R. ++++, M.T.R. −+.

1. 12. Gewichtsabnahme, Ernährungsstörung, Wa.R. ++++, M.T.R. −+. Beim Schreien werden beide Gesichtshälften gleichmäßig innerviert. Tonische und klonische Krämpfe, besonders bei Berührungen.

4. 1. 1928. Seit einem Monat keine Gewichtszunahme mehr, Stühle gut, schlechte Nahrungsaufnahme. Kind macht Eindruck eines Idioten, keine

Digitized by Google

Weiterentwicklung in irgendeiner Beziehung. Wa.R. ++++. Bisher 1 g Neosalvarsan. Beginn einer Einreibungskur mit ungt. hydr. cin.

30. 1. Erneuter Gewichtsrückgang. Erbrechen. Ausgesprochener Opisthotonus. Tonische und klonische Krämpfe. Kind schnieft. Schmierkur wird ausgesetzt.

14. 2. Wa.R. + +. Spasmen. Gewichts- und Entwicklungsstillstand.

6. 3. Bronchitis, tonische und klonische Krämpfe. Meteorismus. Hernie herausgetreten, irreponibel. Operation seitens der Chirurgen abgelehnt.

7. 3. Bronchiolitis. Temp. 40,4. Exitus.

Sektionsbefund.

(Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen wurden von Prosektor Priv.-Doz. Dr. *Christeller*, Vorstand der path. Abteilung, und seinem Assistenten Dr. *Joel*, denen ich zu großem Dank verpflichtet bin, ausgeführt.)

9 Monate alter Säugling, 0,57 cm Körperlänge, Gewicht 3 kg. Schlechter Ernährungszustand. Meteorismus. *Ausgesprochener Turmschädel*, Hinterkopf fehlt fast vollständig. *Knochen:* unregelmäßige Knorpelknochengrenze, an den Rippen verdickt. Periostitis ossificans. *Herz:* Klappen zart und glatt; keine Mißbildungen. *Lungen:* Emphysem der Lungenränder; Injektion in den kleinen Bronchien, die stark schleimhaltig sind. Lungen überall lufthaltig. Schleimhaut der oberen Luftwege zart. *Milz:* ziemlich derb. *Nieren:* deutliche embryonale Lappung; keinerlei Geschwülste. Nebennieren beiderseits unverändert. *Magen:* gefüllt o. B. Frisch inkarzerierte Hernia inguinalis indirecta dextra; Inhalt: Cökum und Appendix. *Leber* relativ klein, von mittlerer Konsistenz, Oberfläche glatt. *Histologisch:* Infiltrate zwischen den Balken teilweise Aufsplitterung der Struktur *(Feuersteinleber)*. Sonstige Organe o. B.

Gehirn: Schädel s. o. Traumatische Einwirkungen nicht sichtbar. Dura adhärent am Schädeldach. Die weichen Hirnhäute, insbesondere im Bereiche beider Parietallappen (s. Photographie) verdickt, nicht verwachsen, von weißlich grauer Farbe. Die in der Pia verlaufenden Gefäße treten dort stark hervor. Die Hirnbasisgefäße sind ebenso wie die übrigen Gefäße des Gehirns (auch die Arteria Fossae Sylvii) zart. Die Hemisphären sind beiderseits auffallend klein, das Kleinhirn im Verhältnis zum Großhirn gut entwickelt. Hirngewicht 285 g. Im Frontalhirn, wenigstens in den vorderen Abschnitten, deutliche Windungen. Die *Lobi parietales sind beiderseits symmetrisch bis zur Parieto-Okzipitalgrenze sattelförmig eingesunken* — so daß die unveränderten Frontalpole knopfartig hervorspringen —, im Bereich der Parietallappen sind Furchen nur angedeutet zu erkennen; leistenartige Vorsprünge zeigen den ungefähren Verlauf der Gyri an. Die Gyri und Sulci centrales sind nur im unteren Teil erkennbar. An den Randpartien der lobi parietales, insbesondere in der Umgebung der Fossa Sylvii ausgesprochene Mikrogyrie-Bildung. Die *Konsistenz* der befallenen Herde ist äußerst *derb*, lederartig, die Rinde ist hier auffallend schmal. Lobus temporalis und occipitalis zeigen gewöhnliche Windungen ohne Veränderungen der Konsistenz; auf dem *Durchschnitt* keine Veränderungen, insbesondere *keine* Erweichungen, Blutungen oder Höhlenbildungen.

Histologisch: Härtung in Formalin, Alkohol 96%, Alkohol absol.; gefärbt wurden zahlreiche Schnitte nach folgenden Methoden: Hämatoxylin-Eosin, Sudan III, Elastica, van Gieson, Levaditi, Nißl, Hämosiderin. Wir beschreiben hier nur ein Übersichtsbild, das für die sklerotischen Hirnpartien charakteristisch ist (vgl. Abb. 2): die Hirnhaut ist verdickt, mit spärlichen

Digitized by Google

Rundzellen durchsetzt, die Hirnhautgefäße weisen keine Veränderung auf, sind zartwandig. Die darunter folgende Rindenschicht zeigt zunächst eine kernarme Zone, dann folgt eine kernreichere Schicht. In dieser finden sich angedeutete Ganglienzellen; *von einer Struktur der Rinde*, nicht einmal von einer gröberen (kleine, große Pyramiden-Schicht), *ist nichts zu bemerken*. In dieser Schicht wechseln kernreichere mit kernärmeren Partien ab, so daß diese Schicht wie aus Zellnestern, die durch Gliawucherung abgeschnürt sind, gebildet erscheint. Unter dieser Zone findet sich ein schmaler Saum, der sich aus *verkalkten Zellen (wahrscheinlich verkalkten Ganglien- und Gliazellen)* zusammensetzt. An anderen Stellen fanden sich reichlich *Fettkörnchenkugeln*; keine echten Neuronophagien, keine perivaskulären Infiltrate. Mit der Eisen-

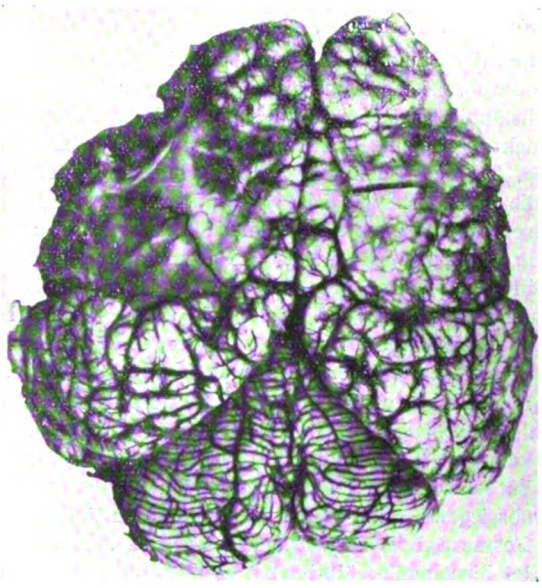


Abb. 1. (Abbildung von oben.) Links die verdickte Pia über den sklerotischen Partien rechts — Pia abgezogen — tritt der sklerotische Lob. pariet., am Rande (Gegend der Fossa Sylvii) die Mikrogyriebildung hervor.

färbung war kein Hämosiderin nachweisbar. Spirochäten waren im Gehirn (Levaditi) nicht zu finden. Die Gliafasern sind stellenweise, ohne bestimmte Lokalisation, stark vermehrt. In keiner der angedeuteten Pyramidenzellen waren *Nißl*-Körperchen nachweisbar. In Schnitten durch die Art. foss. Sylvii fanden sich keine pathologischen Gefäßprozesse.

Klinisch wurde zunächst die Diagnose *Lues cerebrospinalis* gestellt, aus dem positiven Liquorbefund, dem guten Einfluß der antiluetischen Kur auf die Fazialisparese und der sicheren kongenitalen Lues. Doch ließ die *Mikrozephalie*, der Strabismus, der Rigor der Muskulatur, der psychische Entwicklungsstillstand an andere organische, nicht zu beeinflussende *pathologische Hirnprozesse etwa im Sinne einer Mißbildung* denken.

Digitized by Google

Pathologisch-anatomisch liegt bei dem Gehirn des 9 Monate alten Kindes ein abgelaufener sklerotischer, narbiger Prozeß vor, der sich symmetrisch im Bereich der Parietallappen abgespielt hat.

Die klinischen Erscheinungen sind durch die Lokalisation der Erkrankung an der Rinde erklärt. Der anfängliche Rückgang kann einem frischeren Gefäßprozeß entsprochen haben oder eine Reaktion auf die eingreifende Therapie darstellen.

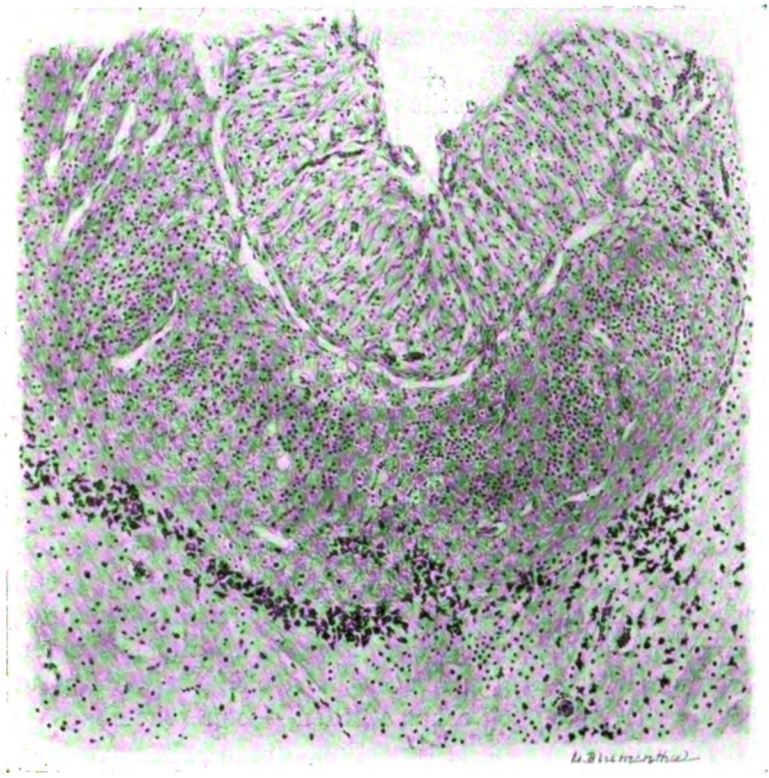


Abb. 2.

Es fragt sich nun, ob der pathologisch-anatomische Befund einen Rückschluß auf die *Ätiologie* des Hirnprozesses, der zur Sklerose geführt hat, gestattet. Diese sehr schwierige Frage ist meist nicht zu klären (*v. Monakow, H. Vogt, Bielschowski* u. a.). An und für sich können die verschiedensten Noxen zu dem gleichen Endausgang führen. Hauptsächlich kommen hier *drei* pathologische Prozesse in Frage: *Geburtstrauma, Mißbildung und Entzündungen.*

Das *Geburtstrauma* (Lit. *Schwartz*, Ztschr. f. Neur. u. Psych. Bd. 90 u. 100) können wir ausschließen. Erstens ist bei dem be-

Digitized by Google

sonders kleinen Schädel, bei der Frühgeburt im 8. Monat (spontan), schon an und für sich die Annahme eines Geburtstraumas unwahrscheinlich. Auch die in unserem Falle vorhandenen Fettkörnchenkugeln, nach *Schwartz* ein Zeichen für Geburtstrauma, besagen nicht viel, da sie bei jeden Abbauprozeß des Gehirns, ferner sogar physiologisch vom 5. Fötal- bis 8. extrauterinen Monat (*Jastrowitz;* Lit. *Kaufmann*) vorkommen können. Die verkalkten Zellen (vgl. Abb. 2) sprechen ebenfalls nur für degenerative Prozesse. Reste von Blutungen (Hämosiderin negativ) waren auch nicht nachzuweisen.

Weiter führt uns schon die Betrachtung der *Mikrogyrie.* Man unterscheidet zwischen *echter Mikrogyrie* (Anlage von vermehrten, kleinsten Hirnwindungen) als Mißbildung — sie ist meist kombiniert mit Mikrozephalie, Porenzephalie, Hydrocephalus internus, Balkenmangel oder Heterotopie grauer Substanz (Rindenmetaplasie) — (Lit. *v. Monakow, Otto, Oppenheim, Bresler)* — und *unechter, sekundärer Mikrogyrie.* Diese besteht in sklerotischer Runzelung normal angelegter Windungen infolge von pathologischen Prozessen meist während der Fötalzeit; oft liegt — nach *v. Monakow* — eine Kombination beider vor. Für eine Kombination beider Faktoren in unserem Falle spricht mehreres. Auf eine Mißbildung weist das gleichzeitige Vorkommen der Schädeldeformität (Mikrozephalie, Turmschädel) hin — während Höhlenbildung, Hydrocephalus internus, Balkenmangel hier fehlen — auf sekundäre Mykrogyrie mit entzündlicher Genese die in der Nachbarschaft liegenden sklerotischen, lederartig derben, symmetrischen Rindenherde, die *Piaverdickung*, der scheinbare Zusammenhang mit einem bestimmten Gefäßgebiet (Art. foss. *Sylvii*). Dieser Widerspruch ist aber — wie wir gleich sehen werden — nur scheinbar.

Die sklerotischen Hirnpartien, die unter der *verdickten Pia keine Spur* von *Rindenstruktur* erkennen lassen und die außer verkalkten und Fettkörnchenzellen sich durch Gliawucherung auszeichnen, weisen — nach Prof. *Bielschowski*, der die Liebenswürdigkeit hatte, sich Gehirn und Schnitte anzusehen, — auf eine ganz frühzeitige, in die ersten Fötalmonate zurückreichende lokale *Meningoenzephalitis* hin. Die Noxe muß so frühzeitig auf die *Organogenese* eingewirkt haben, daß es erstens an den befallenen Herden überhaupt nicht mehr zur Bildung einer Rindenarchitektur gekommen ist, und dadurch zweitens — wie das ja charakteristisch ist — auch die Entwicklung des übrigen Großhirns und im Zusammenhang damit des Schädels (Mikrozephalus mit Turmschädelbildung, Mikro-

Digitized by Google

gyrie, Idiotie, Strabismus) gehemmt wurde. *Wir haben es also mit einer sekundären Entwicklungshemmung, bedingt durch das frühzeitige Einwirken einer Schädigung während der Organogenese des Gehirns, zu tun.*

Über die *Art der Noxe,* die eine fötale Enzephalitis veranlaßt, ist wenig bekannt; es werden Infektionskrankheiten der Mutter während der Gravidität wie z. B. Typhus (*v. Monakow*), ferner Alkoholismus und endlich die Syphilis genannt. Wie erwähnt, bot die pathologisch-anatomische Untersuchung des Gehirns keine spezifischen Befunde für Syphilis dar (Spir. pall. — Levaditifärbung — negativ). Dagegen gab uns die *Lumbalpunktion* klinisch wichtige Aufschlüsse; am Anfang der antisyphilitischen Kur vorgenommen, ergab sie ein unzweifelhaft positives Resultat, indem sowohl die Wa.R. wie die Kolloidreaktionen (Mastix, Goldsol) positiv waren (Lues cerebri-Kurve Mastix und Goldsol). Es wäre durchaus denkbar, daß zur Zeit der Geburt noch spezifische Processe sich abspielten, die aber unter der langen, intensiven Kur — innerhalb von 9 Monaten — bis zum Tode abgeheilt, bzw. in unspezifisches Narbengewebe umgewandelt wurden. Die bei der Sektion vorhandene *Feuersteinleber* kann nicht als Gegenbeweis dienen, da sie später, als der Gehirnprozeß sich gebildet haben kann, andererseits die Wirkung der Antisyphilitica, insbesondere des Salvarsans, nicht an allen Organen gleichmäßig ist. Es ist aber auch möglich, daß der in der frühesten Fötalzeit einsetzende, vermutlich spezifische Prozeß bereits bei der Geburt zum Abschluß gekommen war und — als syphilitische Manifestation gewissermaßen — die *spezifische Liquorveränderung* zurückgelassen hat, wie wir das beim Erwachsenen als *restierende Liquorlues* kennen. In diesem Sinne wäre auch die für noch akute Prozesse zu geringe Zellzahl des Liquor zu deuten.

Erwähnt sei noch, daß die *Mutter erst im 6. Monat* der Gravidität, also *nach* Eintritt der Noxe, — wie wir oben auseinandergesetzt haben — *antisyphilitisch behandelt* worden ist, eine andere Infektionskrankheit während der Gravidität aber nicht durchgemacht hat, auch Alkoholabusus nicht vorlag.

Wir hatten also in diesem seltenen Falle — und das macht ihn vor allem bemerkenswert — die Möglichkeit, *durch klinische Liquoruntersuchung in vivo einen Anhalt für die Ätiologie der Hirnsklerose* zu finden, — welche sonst als uncharakteristischer Endprozeß — pathologisch-anatomisch nicht mehr festgestellt werden konnte.

Digitized by Google

IV.

(Aus der Dermatologischen Klinik des Allgemeinen Krankenhauses *St. Georg* zu Hamburg [Leitender Oberarzt: Prof. Dr. H. *Ritter*].)

Geschichtlicher und kasuistischer Beitrag zur Frage der Psoriasis der Mundschleimhaut und der Zunge.

Von

Dr. HANS WESTPHALEN,

ehemaliger Sekundärarzt der Klinik.

Trotz verschiedener, aus den letzten Jahren vorliegender Arbeiten ist das Vorkommen einer einwandfreien Psoriasis der Schleimhäute des Mundes immer noch bestritten.

Die Franzosen, besonders *Darier*, *Leredde*, *Hallopeau*, lehnen die Psoriasis des Mundes ab; *Matzenauer* gibt ihre Möglichkeit zu. *Riecke*, auch *Kreibich* sprechen sich ebenfalls gegen das Vorkommen der Psoriasis der Schleimhäute aus, *Jadassohn* dagegen sagt: „Ich habe noch keinen einwandfreien Fall gesehen, nach der Literatur ist an gelegentlichem Vorkommen kaum zu zweifeln." Die Ursache für diese fast allgemeine Ablehnung ist wohl in der außerordentlichen Seltenheit dieser Affektion zu suchen, daneben aber hat, wie z. B. *Jordan* betont, die ausführliche Arbeit *Schwimmers*, in der er das Krankheitsbild der Leukoplakia buccalis umreißt und sich mit dem alten Begriff der Psoriasis buccal von *Bazin* auseinandersetzt, einen großen und nachhaltigen Einfluß im Sinne einer Ablehnung ausgeübt. *Schwimmers* Verdienst ist es ja vor allem, aus den Affektionen der Mund- und Zungenschleimhaut das Bild der Leukoplakia buccalis herausgeschält und umschrieben zu haben. Vor seiner Zeit wurden nämlich die verschiedenen Krankheitsbilder (z. B. Lues, Tuberkulose, beginnendes Epitheliom, Psoriasis) nicht genügend scharf getrennt, und die vielen Namen für derartige Affektionen umfaßten immer die ganze Gruppe der obengenannten Erkrankungen, z. B. die Ichthyosis lingual., eine Namengebung von *Plumbe* aus dem Jahre 1837, die bei späteren englischen Autoren gebräuchlich wird, der Leukoplakie buccale von *Vidal*, der Stomatite épithéliale chron. von *Besnier*, der Kératosis von *Kaposi*, und endlich der Psoriasis buccal von *Bazin*, einer Bezeichnung, die vor allem in Frankreich gebräuchlich wurde. *Bazin* hat nun allerdings schon mit seiner Namengebung eine direkte Beziehung herstellen wollen zwischen der Psoriasis vulg., der „Psoriasis arthritique" und den von ihm bezeichneten Mundaffektionen, denen er ja dieselbe Ursache zuschreibt (gichtische Diathese). Hier haben wir also bereits die Auffassung, daß die Psoriasis sich auf die Schleimhäute ausbreiten kann, und *Mauriac* ebenso wie *Tilbury Fox* schließen sich seiner Ansicht an. Doch bereits vor *Bazin* hat *Gibert* im Jahre 1860, *Wilson*

Digitized by Google

im Jahre 1868 die Ausbreitung der Psoriasis auf die Schleimhäute behauptet. Aber die Angaben sind so ungenau, und das Gebiet der Schleimhauterkrankungen zu der Zeit so wenig geklärt, daß die Möglichkeit eines zufälligen Zusammentreffens von Leukoplakien bei Psoriatikern offen bleibt. Wenn *Kaposi* im Jahre 1866 den Begriff der Psoriasis mucosae oris schafft, so hat er an die Psoriasis vulg. ganz bestimmt nicht gedacht. Er hat darunter die luischen Schleimhautpapeln, die Plaques opalines, verstanden und sie definitiv aus dem Gesamtbild der Schleimhauteffloreszenzen herausgelöst. Alles, was dann noch an Krankheitsbildern bleibt, nennt er Keratosis buccal., behauptet aber, daß auch für diese Erscheinungen immer die Lues die ursprüngliche Ursache sei. Also auch *Kaposi* gehört zu den Autoren, die eine echte Psoriasis der Schleimhäute ablehnen, obgleich er unter seinen 400 Fällen (eine auffallend große Zahl, die sich nur dadurch erklärt, daß er die Lues mit einbezieht) 3 Psoriatiker aufzählt, die aber alle 3 alte Luiker sind. *Schwimmer* hat unter seinen 20 Fällen 2 Hautpsoriatiker, sieht aber darin nichts als ein zufälliges Zusammentreffen von Leukoplakia buccalis und Psoriasis. Eine Statistik aus dem Jahre 1903 von *Bürgener* zählt unter 160 Fällen von Psoriasis 4 Leukoplakien, die der Verfasser nicht als psoriatisch deutet. Er spricht sich aber für das Vorkommen einer Psoriasis der Schleimhäute aus, die jedoch als ganz außerordentlich selten zu gelten hat. Auch *Merklen*, der 1888 über die Psoriasis buccal von *Bazin* ausführlich berichtet, schließt die Psoriasis als Entstehungsursache aus, obgleich er mit *Bazin* die gichtische Diathese (l'arthritisme) als das ätiologische Moment für beide ansieht.

Wir haben in diesem kurzen geschichtlichen Rückblick zunächst gesehen, daß das, was man *(Bazin, Kaposi)* als Psoriasis bezeichnet, mit dem heute fest umrissenen Krankheitsbilde nichts zu tun hat, daß aber einzelne Autoren *(Gibert, Wilson, Bazin, Fairlie Clark, Tilbury Fox, Mauriac)* unter die Ursache für Schleimhautveränderungen neben vielen anderen (Lues, Tbc., Epitheliom, chronische banale Reize, Tabakgenuß, plaques fumeurs von *Buzenet*) auch die Psoriasis im heutigen Sinne rechnen. Den folgenden Jahrzehnten nun bleibt es vorbehalten, nach der endgültigen Klärung in der Nomenklatur für den Beweis einer echten Schleimhautpsoriasis langsam Material zusammenzutragen. *Jordan* zitiert russische Beobachtungen von *Pospelow*, *Polotebnow*, *Krassnow*, die eine Schleimhautpsoriasis bestätigen. Auch deutsche Autoren haben entsprechende Fälle beobachtet und beschrieben, wie *Thimm*, *Bürgener* und *Oppenheim*. Letzterer gibt das erstemal einen ausführlicheren histologischen Befund. In die Zeit nach dem Kriege fallen eine ganze Reihe von Beobachtungen von *Reil*, *Jordan*, *Keller*, *Rusch* und *Ullmann*, die alle für das Vorkommen von Schleimhautveränderungen bei Psoriasis sprechen. Diesen Berichten möchte ich nun noch die Beschreibung eines Falles hinzufügen, der sich durch besondere Ausdehnung und Deutlichkeit der Effloreszenzen wie

Digitized by Google

auch durch einen eindeutigen histologischen Befund auszeichnet. Auch die anamnestischen Daten und Selbstbeobachtungen des Patienten sind in unserem Falle besonders sicher zu werten, da der Patient Arzt ist. Ich lasse jetzt die Krankengeschichte folgen.

Die Familienanamnese ist o. B.

Der Patient selbst ist früher nie ernstlich krank gewesen, besonders nicht luetisch erkrankt. Seit dem 15. Lebensjahre leidet er an Schuppenflechte. Früher verschiedentlich mit Chrysarobin behandelt, im März-April 1925 mit Triphal-Inj. Nach Ansicht des Patienten trat danach Verschlimmerung ein, besonders ein Übergreifen der Effloreszenzen auf Handteller und Fußsohlen. Im April 1925 hat er auch das erstemal von einem Übergreifen der Schuppenflechte auf die Zunge und die Wangenschleimhaut etwas bemerkt. Er wurde darauf aufmerksam durch heftiges Brennen beim Zähneputzen mit Pebeco. Im September 1925 kommt er zur stationären Behandlung in die Klinik, da die Schuppenflechte durch ihre große Ausdehnung, besonders durch ein Befallensein der Hände, beruflich sehr hinderlich ist.

Befund: Mittelgroßer, etwas schmächtiger Patient, in genügendem Ernährungszustand.

Innere Organe ohne Besonderheiten.

Keine Zeichen von arthritischen Veränderungen der Gelenke.

An Rumpf und Extremitäten, auch an Skrotum und Penis ausgedehnte, typische Psoriasisplaques. Fußsohlen und Handteller sind befallen, ebenso der behaarte Kopf. Psoriasis der Nägel.

Auf der Schleimhaut der Wangen zart-weiß verfärbte Partien, ganz wenig erhaben, gefeldert. Die Zunge ist fast auf ihrer ganzen Oberfläche von weißlichen, fast warzig aussehenden, gefelderten Effloreszenzen bedeckt, die da, wo sie besonders erhaben und ausgeprägt sind, zu flottieren scheinen. Diese weißlichen Auflagerungen auf Wangenschleimhaut und Zunge lassen sich nicht abreiben oder abschaben.

Wa.R. —.

(Siehe Abbildung.)

Dies ganze Bild war allein schon durch seine Ausdehnung so völlig verschieden von dem der Leukoplakien, von einem Lichen ruber der Wangenschleimhaut, von luischen Schleimhauterkrankungen, daß sich von vornherein der Gedanke aufdrängt, dieses hier ist dieselbe Erkrankung, die wir in so großer Ausdehnung am ganzen Körper des Patienten beobachten können. Auch der Patient selbst hatte von Anfang an den Eindruck, daß es sich

Digitized by Google

bei den Erscheinungen im Mund um Schuppenflechte handelt. Als auslösende Ursache führt er Rauchen an und berichtet gleichzeitig, daß auch am Körper durch vielerlei Arten von Reizen es zur Bildung von Psoriasispapeln kam, so z. B. im Nacken, nach Aknepusteln und kleinen Furunkeln, eine Stelle am Oberschenkel nach einer nur unvollkommen entfernten Schweinezecke, am Oberschenkel durch Furunkel, durch Schweißbildung in den Partien, wo Haut auf Haut liegt (rima ani, Schenkelbeuge, Achselhöhle), auf der behaarten Brust nach starkem Schwitzen nach Felddienstübungen, Erscheinungen, die uns ja bei der Psoriasis geläufig sind.

Leider konnte der Patient sich zunächst zu einer Probeekzision nicht entschließen.

Die Behandlung war die übliche Salbenbehandlung, nebenher liefen fünf Inj. von Sulfur colloid. zur Sensibilisierung und Röntgenbestrahlung.

Nach zweimaliger Bestrahlung (Dos. 3x, ohne Filter) kann Patient fast geheilt entlassen werden. Die Plaques am Körper und Extremitäten sind frei von Schuppen, flacher, fast gar nicht mehr infiltriert, heller im Farbton. Auch die Effloreszenzen im Munde sind in geringem Grade im Zurückgehen begriffen. Der weitere Verlauf nach Verlassen des Krankenhauses ist kurz folgender:

Völlige Abheilung aller Effloreszenzen bis auf eine kleine Stelle am rechten Unterschenkel. Diese gewinnt allmählich mehr an Ausbreitung. Neuauftreten der Schuppenflechte in der Rima ani; von hier aus Ausbreitung auf die Skrotalhaut und auf den Penis. Neuauftreten von kleinen Stellen auf dem behaarten Kopf, die aber auf Einreibungen mit weißer Präzipitatsalbe wieder zurückgehen. Die Psoriasis der Wange besteht weiter wie beim Verlassen des Krankenhauses.

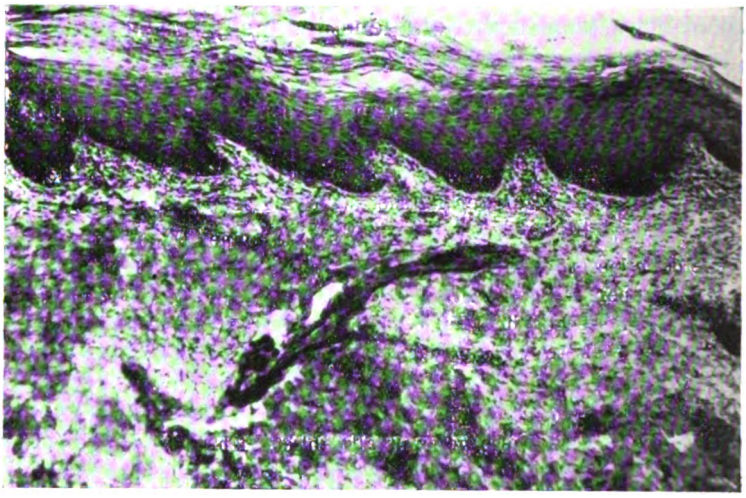
Im Herbst 1926 kommt Patient zu neuerlicher Vorstellung. Der Befund von Wangen und Zunge ist seit dem Verlassen des Krankenhauses derselbe geblieben. Diesmal entschließt sich der Patient zu einer *Probeexzision*, die nun auf Grund des Befundes die klinisch so wahrscheinliche Diagnose eindeutig bestätigt: Wir finden im histologischen Bilde die typischen Merkmale der Schuppenflechte. Die Hauptveränderungen im histologischen Präparat sind in der Epidermis. Die Kutis ist nur sekundär beteiligt, das Stratum papillare und subpapillare zeigt Erweiterung der Gefäße und Schwellung der Endothelien. Hier finden wir auch neben geringem Ödem eine in der Hauptsache perivaskuläre Zellinfiltration, die aus Leukozyten und Bindegewebszellen besteht. Die elastischen Fasern erscheinen in der Gegend dieser Zellinfiltrate etwas auseinandergedrängt, sind aber sonst normal.

An den Stellen einer Psoriasiseffloreszenz geht das Str. spinosum in der Hauptsache ohne scharfe Grenze in das Str. corneum über, das in diesen Teilen mächtig entwickelt und kernhaltig ist. Werden gesunde Partien getroffen, so findet sich das Str. granulosum, aus ein bis zwei Zellschichten bestehend, erhalten, das darüberliegende Str. corneum ist kernlos, von normaler Dicke.

Digitized by Google

Im Str. spinosum sind an einzelnen Stellen die Zellen wie gequollen, unscharf in der Begrenzung, mehr oder weniger weit auseinandergerückt. Auf Grund dieser Spongiose ist auch die Färbbarkeit, die in der Gegend der Basalzellenschicht im allgemeinen noch normal ist, nach oben hin abnehmend. Neben der Spongiose finden sich in der Epidermis umschriebene Infiltrate von Leukozyten.

Das Str. basilare tritt deutlich hervor und ist gut gefärbt, die Epidermis-Kutisgrenze ist überall gewahrt trotz der mächtigen sich in die Kutis vorschiebenden Epithelzapfen (Akanthose).



Alles in allem also das typische histologische Bild einer Psoriasis: Akanthose, Parakeratose, Spongiose, Mikroabszesse, ein Bild, das sich im großen und ganzen mit den Beschreibungen der Autoren deckt, die einen histologischen Befund einer Psoriasis der Mundschleimhäute bzw. Zunge geben, wie *Oppenheim*, *Thimm*, *Rusch* und *Jordan*. Als markanter Unterschied zur Leukoplakia oris von *Schwimmer*, das einzige Krankheitsbild, was wohl ernstlich differentialdiagnostisch in Betracht kommt, wird von den oben genannten Autoren und muß auch von uns hervorgehoben werden die fehlende Hypertrophie der Eleidinkörnerschicht und das völlige Fehlen einer Sklerosierung im Korium. Daß bei diesen Bildern von der Schleimhaut die Verdickung der Hornschicht weniger deutlich ausgesprochen ist wie bei einem Hautschnitt, ist bei Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse in der Mundhöhle, ich nenne hier nur die dauernde Befeuchtung durch den Speichel, das dauernde Scheuern durch Kauen, erklärlich.

Digitized by Google

Unserer Ansicht nach ist es nun nach dem Hinweis auf die älteren Literaturangaben und nach Darstellung und Abbildung dieses besonders markanten Falles nicht mehr möglich, das Vorkommen einer Psoriasis der Schleimhäute zu leugnen, wenn auch die Zusammenstellung zeigt, daß dieses Krankheitsbild extrem selten ist.

Literaturverzeichnis.

Bazin, Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse. — *Bürgener*, Beiträge zur Kenntnis der Psoriasis. Dtsch. med. Ztg. Nr. 1–3. 1903. — *Buzenet*, Le chancre de la bouche. Diss. Paris 1858. Zitiert b. Merklen. — *Gibert*, Traité pratique des maladies de la peau. S. 426. 1860. — *Heller*, Psoriasis d. Lippenschleimhaut. Berl. Derm. Ges. 15. 1. 1918. — *Jordan*, Psoriasis vulg. mucosa oris. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 140. S. 64. 1922. — *Kaposi*, Die Syphilis der Schleimhaut der Mund-, Rachen-, Nasen-, Kehlkopfhöhle. Erlangen 1866. — *Keller*, Über Psoriasis der Mundschleimhaut. Derm. Wschr. Bd. 75. Nr. 37. 1922. — *Lailler*, Leçons sur quelques affections cutanées. 1877. — *Mauriac*, Du psoriasis de la langue et de la muquense buccale. Union médicale 1873/74. Ann. de Derm. et de Syph. Bd. 6. S. 70. 1874/75. — *Merklen*, Le psoriasis buccal de Bazin. Ann. de Derm. et de Syph. Bd. 4. S. 157. 1883. — *Michelson*, Psoriasis d. glans penis. Minnesote dermat. society 3. 10. 1923. — *Oppenheim*, Psoriasis vulg. der Mundschleimhaut. Monatsh. für prakt. Derm. Bd. 37. Nr. 11. 1903. — *Plumbe*, Practical treatise on the diseases of the skin. S. 514. 1837. Zit. nach Merklen. — *Reil*, Über Veränderung der Mundschleimhaut bei Psoriasis vulg. Derm. Ztschr. Bd. 32. S. 215. 1921. — *Rusch*, Psoriasis mucosae oris. Wien. Derm. Ges. 5. 3. 1925 und 26. 3. 1925. Derm. Wschr. Nr. 35. 1925. — *Scheer*, Psoriasis d. Lippenschleimhaut. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 9. Nr. 5. S. 594. 1924. — *Schütz*, Über Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 38. Heft 3. 1897. — *Schwimmer*, Leukoplakia buccalis. Arch. f. Derm. u. Syph. 1877/78. — *Thimm*, Psoriasis vulg. der Haut und Schleimhaut, ihre pathol. Stellung und Ätiologie. Montsh. f. prakt. Derm. Bd. 39. S. 1. 1904. — *Ullmann*, Psoriasis atypica. Sitzung der Wien. Derm. Ges. 6. 5. 1926. Ztrlbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 21. 1927. — *Wilson*, Journal of cutaneous medicine. S. 318. London 1868.

Digitized by Google

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 12. Januar 1928.

Vorsitzender: *Hudelo.*

Louis Bory: Über die Ätiologie der Erkrankung Nicolas-Favre. Über die Möglichkeit der Pathogenität einer Varietät des B. subtilis bei dieser Affektion.

P. Ravaut und *Monnerot-Dumaine, Synechien zwischen Haut und Nägel an Händen und Füßen von wahrscheinlich kongenital-syphilitischer Ätiologie.* Bericht über 2 Fälle, bei denen Hautbrücken auf die Nägel verschiedener Finger und Zehen hinüberreichen.

Sabouraud sah das Krankheitsbild 10mal und denkt auch an kongenitale Lues, ebenso *Milian*, der dafür den Namen „Onyxis atrophique" vorgeschlagen hatte. Er sah unter spezifischer Behandlung Heilungen nach selbst 2 Jahren.

Gougerot und *Carteaud: Lichen planus und Röntgenbehandlung.* Einzelheiten über Rezidivbildungen nach lokaler und Wurzelbestrahlung.

Louste, Lévy-Franckel und *Juster: Alopecia areata und Hypertrichosis.* Verfasser erörtern von diesem eigenartigen Zusammentreffen folgende Gruppen: 1. Alopecia areata mit Hypertrichosis des Gesichtes und der Extremitäten bei jungen Mädchen. 2. Alopecia areata bei Frauen mit jahrelang bestehender Hypertrichosis der Oberlippen. 3. Alopecia areata bei Männern mit Hypertrichosis am Körper.

Juster und *Tchiprout: Lokale Behandlung des Lichen planus mit ultravioletten Strahlen.*

A. Sézary, M. Ducourtioux und *L. Gallerand, Entwicklung einer netz- und flockenförmigen Pigmentierung (Nävus?).*

Bei dem 17½jährigen Mädchen hat sich ein in der Lendengegend gelegener fünffrankstückgroßer Pigmentnävus seit dem 13. Lebensjahr vergrößert. Seit 3 Monaten traten weitere Pigmentierungen, vornehmlich auf dem Bauch hinzu. *Gougerot* denkt an Spätnävi bzw. Nävi mit Spätentwicklung.

Jeanselme, Léon Huet und *Frl. Desbrousses: Mikuliczsche Erkrankung bei Syphilis III.*

Kasuistik mit historischen Angaben.

Paul Sainton, Maurice Maximin und *Henry Mamou: Über die Wirkung des Hyperthyreoidismus auf die äußere Haut (vergleichende klinische Studie).*

Es wurde bei Hühnern und Kaninchen eine Intoxikation mit Thyreoidea durch ovale und intravenöse Zufuhr gesetzt. Bei Hühnern wurde fleckförmige Depigmentierung und Ausfall der Federn beobachtet; letzterer wurde durch intravenöse Zufuhr wesentlich beschleunigt. Die Resultate bei Kaninchen waren weniger eindeutig.

C. Levaditi: Experimentelle Untersuchungen über die Präventivwirkung von Tellur und Wismut bei Syphilis.

Ähnlich wie *Fournier* und *Schwartz* es beim Wismut gefunden hatten, vermag auch Tellur beim Kaninchen eine prophylaktische Wirkung bei syphilitischen Impfversuchen auszuüben, solange die Ausscheidung noch eine hinreichende metallische Durchsetzung des Gewebes hat bestehen lassen.

Clément Simon: Ein Fall von Chininroseola.

Digitized by Google

Clément Simon und *J. Bralez: Ein neuer Fall von Arsen-Stomatitis.*

Die Stomatitis entwickelte sich 2 Tage nach der 5. Injektion von Novarsenobenzol (zusammen 2,1 g) bei einem 31jährigen Mädchen.

Théodore Photinos: Demonstration von 2 Moulagen von „Creeping Disease".

A. Galliot: Demonstration einiger Röntgenbilder von Kranken, die mit Injektionen von unlöslichem Wismut behandelt wurden.

Das Resultat der Untersuchungen führt G. zu folgenden Erwägungen: entweder dauert die Wirkung injizierter Wismutpräparate Monate oder Jahre, dann ist es unnötig, eine neue Behandlung einzuleiten, oder nur ein kleiner Teil des Medikamentes wird durch den Organismus ausgenutzt, dann ist es unnötig, die heutigen großen Dosen zu injizieren.

Frau Dr. *Noël: Neue Verbesserung an der Apparatur für die filiforme Dusche.*

Ersatz der komprimierten Luft durch Kohlensäure in Bomben.

J. Gaté, G. Massia und *H. Christy: Entstehung von Hidradenomen.*

Die Hidradenome entstanden bei dem 35jährigen Mann vor 15 Jahren während einer Typhuserkrankung.

Ch. Audry und *Chatellier: Notwendigkeit massiver Dosen von Gonokokken-Vakzine bei der Behandlung weiblicher Gonorrhöe.*

Verfasser verabfolgen in 3—4tägigen Abständen 4—8 Injektionen à 4 Milliarden Keime (Vakzine des Instituts Pasteur).

M. Audry und *Chatellier: Serologie des Prostituierten.*

Wa.R. in 50% positiv; unter den Seronegativen waren viele früher behandelt.

Milan Kitchevatz und *Vera Kitchevatz-Petrovitch: Bakteriologische und serologische Untersuchungen über Poroadenitis.*

In Ergänzung früherer Kulturergebnisse haben die Autoren erneut bei 3 Kranken einen Bazillus züchten und mit ihm als Antigen in zahlreichen Fällen eine Komplementablenkung erzielen können.

Milan Kitchevatz: Die Spezifität der allergischen Reaktionen bei der Erkrankung Nicolas-Favre.

Weitere Ergebnisse allergischer Reaktionen. Das Antigen „poro" wurde aus erkrankten Drüsen durch Punktion gewonnen.

Sitzung vom 9. Februar 1928.

Vorsitzender: *Hudelo.*

Sézary, Gallerand und *Worms: Hautsarkom des Vorderarmes auf einer Narbe.*

Der Tumor entwickelte sich bei einer 42jährigen Frau auf einer umfangreichen Narbe, die von einer ausgedehnten Verletzung am Unterarm herrührte, die sie im Alter vor 4 Jahren erlitten hatte.

Panagiotis Photinos: Symmetrische palmare Dermatomykose seit 11 Jahren (durch Trichophyton faviforme ochraceum).

Der 41jährige Kranke hatte zuerst 1917 stecknadelkopfgroße Blasen am Grundglied der Finger beider Hände bemerkt. Nach 2 Jahren Übergang auf die Handinnenfläche. Später gesellten sich Schuppung und Rötung bei guter Abgrenzung der Affektion hinzu.

Digitized by Google

Marceron und *Léon Huet: Psoriasis und Tuberkulide.*

Die Schuppenflechte der 20jährigen Patientin war mit Erythrozyanose der Beine verbunden.

Hudelo und *Sigwald: Tertiäre Syphilis der Nase; ulzeriertes Stachelzellkarzinom des linken Nasenloches.*

Auffallend ist das jugendliche Alter der Patientin (38 Jahre).

Lonjumeau: Leukoplakie und Melanose der Wangenschleimhaut.

Für beides wird ätiologisch Syphilis angeschuldigt.

Milian und *Cl. Launay: 1. Leukoplakie und Pigmentflecke der Mundschleimhaut bei einem Kranken mit Pigmentierung durch Pediculi und durch Lues. 2. Leukoplakie und Pigmentflecke der Mundschleimhaut bei einem Syphilitiker.*

Frau *Noël, Degrais* und *Prunier: Krankenvorstellung.*

Eine schwere Nocardia-Erkrankung am Halse eines jungen Mädchens wurde durch Röntgenbestrahlung in 15 Sitzungen mit Keloidbildung geheilt, die letztere operativ entfernt, wobei in unmittelbarem Anschluß an die Operation auf die Naht 3 Radiumbestrahlungen mit steigend starker Filterung appliziert wurden.

Rabut: Gastrische Krise bei einem Tabiker mit tödlicher Blutung.

Kasuistik. Kein Röntgenbild, keine Autopsie.

J. Nicolas, G. Massia und *J. Lacassagne: Über die zunehmende Häufigkeit salvarsanresistenter Syphilisfälle in der Gegend von Lyon.*

Die Autoren glauben die Zunahme seit 1925 zu beobachten. Eine Veränderung des Terrains möchten sie ablehnen, eine Änderung des Mittels eher in Betracht ziehen und auch eine Salvarsanresistenz von Spirochätenstämmen nicht ablehnen.

Diskussion: Queyrat, Lortat-Jacob, Clément Simon, Thibaut, Milian, Gougerot.

L. M. Pautrier: Einige Bemerkungen über die Akrodermatitis atrophicans Herxheimer.

P. wendet sich gegen einige Bemerkungen von *Zimmern, Gougerot, L. Huet* und *F. P. Merklen* in der Revue Franç. de Derm. et de Vénér. Zunächst betont er die große Seltenheit der Erkrankung in Paris und in Frankreich gegenüber Deutschland und Österreich. Dann bestreitet er in dem von *Gougerot* beschriebenen Falle die Zugehörigkeit der Gesichtsveränderungen zur Erythromelie. Endlich deutet er die von *G.* beschriebene Leukokeratosis lichenoides als Lichen planus der Wangenschleimhaut.

Diskussion: Gougerot, Pautrier.

L. M. Pautrier und *A. Diss: Über die Gefäß- und Nervenstörungen bei der Pseudosarkomatose von Kaposi.*

Die von *Kaposi* beschriebene Erkrankung hat nichts mit Sarkom zu tun, sondern scheint am Gefäßsystem dem zu entsprechen, was der Morbus Recklinghausen für das Nervensystem bedeutet. Histologisch bestehen die Tumoren aus neugebildeten Gefäßen mit einfacher Wandung, Gefäßen mit Verbreiterung des Nerven- und Muskelapparates und Proliferation der *Schwann*schen Zellen mit Bildung von Tastkörperchen entsprechend den von *Wagner-Meißner* beschriebenen.

Digitized by Google

J. Nicolas und *Favre: Zur Deutung des hämorrhagischen Pigmentsarkoms nach Kaposi. Stellt die Erkrankung ein Sarkom dar?*

Auch nach diesen Autoren darf die Erkrankung nicht als Sarkomatose angesprochen werden. Sie möchten das „angioplastische" Gewebe dem retikulo-endothelialen einreihen. Im übrigen gleicht er vollkommen demjenigen gutartiger Angiome.

L. M. Patrier: Spontane Hämatome, kulturell Reinkultur von Leprabazillen, wahrscheinlich nach Thrombophlebitiden im Laufe einer Lepra-Erkrankung entstanden.

Unter den Gefäßveränderungen bei Lepra — Arteriitis und Thrombophlebitis — sind derartige Hämatome bisher nicht beschrieben. Rückgang nach Punktion.

Ch. Audry: (Anaphylaktische?) Erythem-Anfälle bei einem Manne im Anschluß an den Koitus.

Erythem und Ödem an Händen, Gesicht und Penis wurden mehrfach im Anschluß an den Koitus beobachtet und traten bereits in derselben Nacht auf. Da die Erscheinung seit 14 Monaten beobachtet wurde und der 54-jährige Mann 2 Jahre vorher 5—6 Wochen lang eine typhusähnliche Erkrankung durchgemacht hatte, denkt *A.* daran, daß die Hypersekretion der Testes oder der Prostata von Hormonen begleitet wird, die imstande sind, bei einem sensibilisierten Individuum wie eine Injektion von fremden Eiweißkörpern zu wirken.

Jean Mornet und *Phelebon: Beitrag zum Studium der intravenösen Brom-Injektionen.*

H. Jausion und *A. Pecker: Bemerkung zugunsten des syphilitischen Ursprungs der Psoriasis.*

Hypothese auf Grund chemotherapeutischer Beeinflussung. Gedacht wird an eine kongenitale Infektion, welche auf tropho-neurotischem oder endokrinem Wege wirkt.

H. Jausion, Lenègre und *Vendel: Die Rolle der Sensibilisierung beim Ekzem und ihre therapeutische Bedeutung.*

Die Verfasser erörtern die historische Entwicklung der Antigen-Wirkung beim Ekzem mit besonderer Berücksichtigung der französischen Autoren. Sie berichten dann über 15 Fälle, von denen 13 durch desensibilisierende spezifische Behandlung mit Antigen-Extrakten geheilt werden konnten, sowie über zahlreiche weitere Fälle mit allgemeiner Desensibilisierung über das vegetative Nervensystem (mit Eigenblut, Natriumthiosulfat und Kalziumchlorid).

Ch. Laurentier: Lymphstauung am Praeputium während der Vernarbung einer Leistenhernienoperationswunde.

Die Lymphstauung schwand nach einem Monat.

Zurhelle (Bonn).

Digitized by Google

Periodische Literatur.

Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander* in Charlottenburg.

Syphilis.

Therapie.

Erich Hoffmann-Bonn: **Wie weit ist die Syphilis eine so gut wie sicher heilbare Krankheit geworden?** Z. f. ärztl. Fortbildung. 1928. Nr. 8.

Verf. kommt auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen und speziell auf diesen Zweck gerichteten Forschungen zu dem erfreulichen Ergebnis, daß nicht nur die frische seronegative Syphilis, deren Erkennung die Spirochätenuntersuchung sichert, fast regelmäßig mit mindestens einer maximalen Salvarsanwismutkur heilbar ist, sondern daß auch bei seropositiver primärer und frischer sekundärer Erkrankung die völlige Ausheilung mit wenigstens 2—3 solcher Kuren in der allergrößten Zahl der Fälle gelingt. Auch bei älterer sekundärer, noch im ansteckungsfähigen und -gefährlichen Stadium befindlicher Syphilis ist häufig durch das gesteigerte und eventuell modifizierte maximale Kurensystem (mindestens 3—4 starke Kuren) ein Dauererfolg erzielbar. Auch wer in der theoretischen Deutung der Erfolge vorsichtiger sein und eine restlose Ausheilung, trotz aller angeführten Gründe, nicht annehmen will, muß die gute Wirkung dieser Behandlungsart, die bei vorsichtiger, sorgsamer Durchführung keine größeren Störungen macht, anerkennen und die sehr lange Symptomlosigkeit mit trefflicher Beeinflussung aller Blut- und Liquorreaktionen beachten, die dem einzelnen und der Volksgesundheit bei der so schnellen Unterdrückung der Ansteckungsgefährlichkeit zugute kommt.

Arthur Alexander-Berlin.

V. Nagel: **Zur Technik der intravenösen Injektion.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 18.

Verf. setzt sich, im Gegensatz zu *Trommer*, für die Beibehaltung der Stauung bei der intravenösen Injektion ein, die z. B. bei der Injektion in die V. jugularis geradezu unerläßlich sei.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Kissoczy u. *Woldrich:* **Die endolumbale Lufteinblasung als Hilfsmittel bei der spezifischen Tabesbehandlung.** M. K. 1927. 42.

Nach dem Vorgange *Löwensteins* haben Verff. endolumbale Lufteinblasungen fraktioniert vorgenommen mit nachfolgenden Salvarsaneinspritzungen. Dabei betrug die Gesamtmenge des abgelassenen Liquors 20—30 ccm, die der ersetzenden Luft etwas weniger, etwa 15—20 ccm. Sie hoffen so durch eine aseptische Entzündung der Meningen den sonst versperrten Weg vom Blut in den Liquor wegsamer zu machen für Medikamente. Der angeblich ungefährliche Eingriff hat vorübergehend nach etwa 4—6 Stunden noch erträgliche Kopfschmerzen, Temperatursteigerungen und kurzdauernde Zunahme der lancinierenden Schmerzen zur Folge. Dazu 15 Krankengeschichten. Ergebnis ist natürlich keine Heilung, wohl aber Abnahme der schmerzhaften Symptome. Eingriff ist nach angegebener Technik durchaus erträglich. *Siegfried*-Aachen.

Digitized by Google

Wedekind u. *Gutschmidt:* **Irrtümer in der Erkennung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten des Mannes.** M. K. 1928. 16 und 17.

Behandelt Gonorrhöe und Syphilis und wendet sich mehr an den Allgemeinpraktiker, so daß für den einigermaßen routinierten Facharzt nichts Neues herauskommt. Verff. wünschen bei Gonorrhöe Allgemeinuntersuchung des ganzen Kranken. Behandlung in allen Fällen nur mit schwachen Silberlösungen. Antiluetische Behandlung darf in zweifelhaften Fällen nach erst völlig feststehender Diagnose eingeleitet werden, zumal ja bei sich bildendem Primäraffekt Lues längst den Gesamtorganismus befiel, so daß einige Tage früherer oder späterer Behandlung keine große Rolle spielen. Salvarsan nur bei entblößtem Oberkörper geben, um etwaige sich anbahnende Salvarsandermatitiden in den allerersten Anfängen erkennen zu können. *Siegfried*-Aachen.

Dr. *W. Liese:* **Eignet sich die Chinosolvaseline zur persönlichen Gonorrhöe- und Lues-Prophylaxe?** D. W. 1928. Nr. 1.

Wie Versuche in vitro und Impfversuche an Mäusen ergaben, hat die Chinosolvaseline mit 1% Chinosolgehalt gegenüber Gonokokken und Spirochäten einen stark entwicklungshemmenden Einfluß. Das Präparat eignet sich daher zur Prophylaxe bei Geschlechtskrankheiten. Hervorzuheben sind seine Ungiftigkeit und der nicht auffallende Geruch.
Schreyer-Berlin.

Lass: **Zur Frage der Behandlung der Erbsyphilis.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 2.

Bei 226 erbsyphilitischen Kindern wurden die besten Resultate in bezug auf schnellen Schwund der aktiven Erscheinungen und Übergang der positiven Wa.R. in die negative erhalten, wenn die beiden ersten Kuren möglichst intensiv waren und die erste in einer Kombination von Hg und NS, die zweite in einer solchen von Bi und NS bestand. Auf die dystrophischen spätsyphilitischen Erscheinungen hat die spezielle Behandlung eine geringe Wirkung, so daß die Hauptaufmerksamkeit auf die Behandlung der Mütter vor und während der Schwangerschaft gerichtet werden muß, um das Auftreten dieser Erscheinungen zu verhüten.
A. Jordan-Moskau.

Kolkow: **Allgemeine und spezielle Betrachtungen über Salvarsan und Wismut bei der Behandlung der Syphilis.** Sammelreferat. M. K. 1928. 13.
Siegfried-Aachen.

S. Michailow u. *Naumowa:* **Versuche mit Bismogenol.** Arbeiten aus der II. Moskauer Universitätsklinik Moskau. 1928. Bd. I. Nr. 2. S. 504.

Auf Grund von 50 Beobachtungen bei Syphilitikern verschiedener Stadien sprechen sich Verff. äußerst lobend über das *Tosse*sche Wismutpräparat (Bismogenol) aus. Gute Wirkung. Schmerzlosigkeit der Injektionen, Fehlen von Nebenerscheinungen. *A. Jordan*-Moskau.

E. Sonnenberg: **Die Einspritzungen des Magisterium Bismuti als prophylaktische Konzeption.** D. W. 1927. Nr. 48.

Magisterium Bismuti, regelmäßig einem gesunden Körper injiziert, bietet dem Organismus die Möglichkeit, der Ansiedlung der syphilitischen Keime wirksam entgegenzutreten und eine Ansteckung zu verhüten. Das

Digitized by Google

beweisen Versuche an 60 Prostituierten, die Lues noch nicht durchgemacht hatten und wöchentlich eine Injektion von 1,5 Bi erhielten. Bei genauester Beobachtung während $1^1/_2$ Jahren blieben sie frei von luetischen Erscheinungen. Schädigungen wurden bei gewissenhafter Kontrolle der Nierenfunktion nicht bemerkt, waren auch nicht zu erwarten, da das Totalquantum des Bi sich nur in niedrigen Grenzen bewegte. Praktische Bedeutung kommt dieser Behandlungsart nicht zu, da die Schutzkraft des Bi nur so lange andauert, als dasselbe angewendet wird.

Schreyer-Berlin.

A. Lommen: **The Bismuth-Treatment of Syphilis.** Acta dermato-ven. 1927. Bd. 8. Heft 3.

Zusammenfassender Bericht ohne wesentlich Neues.

Arthur Alexander-Berlin.

C. S. Wright: **Bismuth in the treatment of congenital syphilis. (Wismut bei Lues congenita.)** Philadelphia, Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 6.

54 Fälle von Lues congenita wurden mit Wismut behandelt. Verwandt wurde das Kaliumwismuttartrat in Form von intramuskulären Injektionen. 5 mg pro Kilogramm Körpergewicht, pro Woche eine Injektion, mit einer Pause von 4 Wochen zwischen den einzelnen Kuren. Von 16 Fällen, nach kombinierten Sa-Quecksilberkuren noch Wa.R. positiv, wurden 9 negativ. 3 Fälle mit Hauteffloreszenzen zeigten nach 10 Tagen Abheilung. Bereits nach 48 Stunden ließen sich keine Spirochäten mehr nachweisen. Von 47 Patienten mit kongenitaler Spätlues (2—16 Jahre) wurden nach Sa-Kuren nur 4 Wa.-R.-negativ. Von den restlichen 43 zeigten nach Wismutkuren 20 ebenfalls eine negative Wa.-R. Eigentliche Schäden wurden kaum beobachtet. Einige Fälle ließen einen geringen Bi-Saum erkennen; bei 3 Kindern wies der Urin eine Spur Albumen auf. *Röntz*-Bonn.

H. Sathre: **Die Wismutbehandlung der Nervensyphilis.** Norsk Magazin f. Lagwdenskoben. Jahrg. 87. S. 791.

Bei frühsyphilitischen Nervenleiden hat Wismut oft eine anscheinend vollkommen heilende Wirkung. Bei Tabes ist die Wirkung des Wismuts oft schneller und besser als bei allen später geprüften Mitteln, sowohl an den Symptomen selbst, als auch an das Allgemeinbefinden. Von einer eigentlichen definitiven Heilung der Tabes kann man doch nicht sprechen. Verf. findet bei Kombination mit Hektine eine dauerndere Besserung als mit Bi allein. *A. Kißmeyer.*

Hugo Müller u. *Kohlenberger:* **Ein praktischer Fortschritt bei der Luestherapie mittels lipoidlöslicher Wismutverbindung.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 35.

Verff. fanden in dem Spirobismol solubile ein öllösliches Wismutpräparat, das sich durch eine schnelle Resorption, lange Remanenz und exakte Dosierung, sowie gute therapeutische Wirkung auszeichnet. Es besteht aus Jodwismutchinin mit Lezithin und wird wie Spirobismol dosiert. Die Injektion ist vollkommen schmerzlos und gibt keine Infiltrate. Wegen des Fehlens fast jeglicher Nierenreizung geben die Verf. es besonders gern bei Lues gravidarum. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Digitized by Google

E. Krom: **Zur Frage der tiefen Gewebsnekrose als Komplikation von intramuskulären Injektionen.** Russkij Westnik Dermatologii. 1928. Nr. 1.

Verf. berichtet über 10 Fälle von Gewebsnekrose nach Einspritzung sowohl von Sol. Sublimati, wie Sol. bzw. bijodat. oder Hg-salicyl welche sich alle während der 4. oder 5. Spritzkur ereigneten. *A. Jordan*-Moskau.

P. Koshewnikow: **Über den Mechanismus der Entwicklung einer tiefen Gangrän nach Hg- bzw. Bi-Injektionen.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 9.

Die von *Nikolski* bereits im Jahre 1905 ausgesprochene Vermutung, daß die nach Hg-Injektionen auftretende Gangrän die Folge einer Einspritzung in die Glutäalarterie ist, hat durch die von Verf. angestellten, experimentellen Versuche an Tieren ihre volle Bestätigung gefunden. Die Einspritzung unlöslicher Hg- und Bi-Präparate in eine Arterie führt immer zu Gangrän, diejenige löslicher Hg-Präparate in einem Teil derselben. *A. Jordan*-Moskau.

P. Koshewnikow: **Zur Frage der abortiven Formen von Gangrän nach Injektion von Hg- bzw. Wismutpräparaten.** Venerologia u. Dermatologia. 1928. Nr. 3.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die abortiven Formen von Gangrän nach Injektionen von Hg- und Bi, welche nicht zur Nekrose führen, sondern sich bei Wiederherstellung der Blutzirkulation zurückbilden. Eine solche abortive Form, für die er ein Beispiel nach Bijochinolinjektion aus eigener Beobachtung bringt, wird charakterisiert durch folgende Symptome: starker, unmittelbar nach der Einspritzung auftretender Schmerz, rasch sich ausbildende Schwellung eines größeren oder kleineren Bezirks der Glutäalgegend, Röte mit zyanotischem Beiklang. In der seit 1924 erschienenen Literatur hat Verf. 16 Fälle von Embolie der Arterien nach Injektionen von Wismutpräparaten gefunden, in denen es aber nur 6mal zur Gangrän kam, während es in allen 12, in derselben Zeit beschriebenen Fällen von Embolien nach Hg-Injektionen zu tiefer Gangrän kam. Augenscheinlich kommt es bei den Injektionen von den milderen Bi-Präparaten seltener als beim Hg zur Nekrosenbildung.
A. Jordan-Moskau.

Silbermann u. *Smelow:* **Zwei Fälle von Dermatitis fixata nach intramuskulären Injektionen des russischen Präparates Bijochinol.** Venerologia u. Dermatologia. 1928. Nr. 4.

Die Überschrift gibt den Inhalt wieder. *A. Jordan*-Moskau.

A. Lommen: **Bemerkungen zu der Arbeit „Schwere Nekrose nach $HgCl_2$-Injektion".** D. W. 1927. Nr. 31.

Verf. berichtet zu dem von *L. Stein* (D. W. Bd. 64 Nr. 20) veröffentlichten Fall über eine schmerzhafte, brettharte Schwellung des Gesäßes nach einer 2%igen Sublimatinjektion und erklärt dieselbe durch Eindringen der Sublimatlösung in eine Arterie. *Schreyer*-Berlin.

Messini Mariano: **Stabilität der Kalomelsuspensionen in Agar-Agar für Injektionen.** Giorn. ital. di Dermatol. 1927. H. 5. S. 1452.

Nach den Versuchen von *Messini* läßt sich eine Kalomelsuspension in Agar-Agar nach der Sedimentierung sehr leicht wieder aufschütteln

Digitized by Google

und hat eine sehr große Stabilität, weit größer als die der Kalomelsuspensionen in Olivenöl, Vaseline und wässeriger Gummiarabikumlösung. Die Stabilität ist um so größer, je geringer der Kalomelgehalt der Suspension ist und persistiert mehrere Stunden. Die Suspension kann mit dünnen Nadeln injiziert werden; der Agar-Agar reagiert nicht auf Kalomel und gibt zu keinen Reizerscheinungen Anlaß, wird vielmehr schnell resorbiert.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Bilima: **Ein Todesfall nach intravenöser Injektion von Jodnatrium.** Venerologia u. Dermatologia. 1928. Nr. 2.

Für die jetzt vielfach geübten intravenösen Jodnatriuminjektionen mahnt der vorliegende Fall zur Vorsicht, da bei einer 38jährigen Frau nach der ersten Injektion von 10 ccm einer 10%igen Jodnatriumlösung der Tod eintrat. Zuerst stellten sich Kopfschmerzen, dann blutige Diarrhöen und Erscheinungen von Nephrose ein (Eiweiß, rote Blutkörperchen, Nierenepithelien und hyaline Zyl.). Bei der Sektion wurden konstatiert: Thymus persistens, Hepar lobat., Tumor lienis ac., große weiße Niere.

A. Jordan-Moskau.

Lucke: **Eine zweckmäßige Darreichungsform des Jodkali bei Behandlung luetischer Affektionen.** Fortschr. d. Med. Februar 1928.

Geloduratkapseln mit Kalium jodatum (*Pohl*, Danzig resp. Berlin NW 87). *Arthur Alexander*-Berlin.

S. S. Orlow u. *N. S. Smelow:* **Ergebnisse experimentellen und klinischen Studiums des Treparsols bei Syphilis.** D. W. 1928. Nr. 2 u. 3.

Das Präparat ist seiner chemischen Struktur nach dem Stovarsol verwandt, besitzt ähnliche Eigenschaften, ist aber bedeutend giftiger. Die Beobachtungen betreffen 17 Patienten mit frischer und latenter Lues. Die Wirkung auf Spirochäten und manif. Erscheinungen stand hinter der des Salvarsans und der Präparate des Typus „190" bedeutend zurück. In 7 Fällen von frischer Syphilis war am Schluß der Behandlung mit 30,0—40,0 g die Wa.R. noch stark positiv. Von ernsten Nebenwirkungen wurde je ein Fall von Dermatitis und Ikterus beobachtet. Bei experimenteller Syphilis der Kaninchen konnte nur mit hohen toxischen Dosen eine Heilwirkung erzielt werden. *Schreyer*-Berlin.

W. Oelze: **Die Neosalvarsanwirkungskurve bezogen auf Oberflächensterilisierung.** D. W. 1928. Nr. 3.

Das Verschwinden der Oberflächenspirochäten nach Neosalvarsanbehandlung wurde bei 99 Männern festgestellt. Da die der Luft ausgesetzten Spirochäten durch den Luftsauerstoff schon etwas geschädigt sind, wurden meist geschlossene Papeln oder krustöse Syphilide des Kopfes auf Spirochäten untersucht. Als Versager wurden solche Patienten bezeichnet, die am zweiten Tage nach der Injektion noch Spirochäten aufwiesen. Es ergab sich, daß nach 0,15 g Neosalvarsan und kleineren Dosen 100% Versager zu verzeichnen waren; bei 0,3 g waren es 55%, bei 0,45 g 17% und bei 0,6 g nur noch 4% Versager. Daraus wird geschlossen, daß als Anfangsdosis und Behandlungsdosis bei Männern die Dosis 0,6 gegeben werden sollte, bei grazilen Frauen 0,45 g. Als Gesamtdosis verlangt Verf. 6—8 g Neosalvarsan. *Schreyer*-Berlin.

Digitized by Google

F. W. Oelze: **Über die Wirkung kleiner gehäufter Salvarsandosen (sogenannter Scholtzscher Schläge).** D. W. 1927. Nr. 49.

Systematische Untersuchungen über die Wirkung von Neosalvarsandosen auf das Verschwinden der Spirochäten bei primärer und sekundärer Lues zeigten, daß kleine Dosen einen ungenügenden Effekt haben. Bei Anwendung einer bestimmten Salvarsanmenge in kleinen Teildosen, wie sie von *Scholtz* und *Kelch* angegeben werden, wurde keine Steigerung, sondern eine Herabsetzung der therapeutischen Wirkung erzielt. Der Effekt war so minimal, daß die meisten untersuchten Fälle ansteckend blieben, während die Verabfolgung der gesamten Salvarsandosis auf einmal bei der überwiegenden Mehrzahl der Behandelten zur Vernichtung der Oberflächenspirochäten geführt hätte. *Schreyer*-Berlin.

R. Habermann: **Paradoxe Wirkung spezifischer Syphilisbehandlung, ihre Beobachtung an der Haut und Bedeutung für die Einteilung und Prognostik der sogenannten Neurorezidive.** D. W. 1927. Nr. 52.

Daß nicht nur bei viszeraler und Nervenlues das Salvarsan manchmal völlig versagt und während der Kur fortschreitende Verschlechterung des klinischen Bildes bewirkt, sondern auch an der Haut gelegentlich rein lokale Therapieresistenz und Neuaufflackern des Prozesses zu beobachten ist, wird an Hand eines Falles von tertiären tuberösen Syphiliden geschildert. Unter kombinierter Behandlung kam es zur Resorption der Infiltrate; doch mit Beginn der narbigen Schrumpfung zeigten sich erneut knotige, histologische, als luetisch erkannte Infiltrate an schon überhäuteten Stellen. Diese Beobachtung erklärt manche Vorgänge bei der Nervensyphilis, so das Auftreten von Neurorezidiven während der Salvarsanbehandlung. Unter der zusammenfassenden Bezeichnung „provozierte Neurolues" werden unterschieden: 1. Herxheimer-Reaktion am Nervensystem, 2. Schrumpfungseffekte durch Heilungsvorgänge und 3. eigentliche Neurorezidive im Sinne *Ehrlichs*. Zu verhindern sind diese unerwünschten Provokationen nur durch rechtzeitige Vorbehandlung mit Salvarsan und Wismut, nicht mit Salvarsan allein. Für die eigentliche Behandlung der Neurorezidive kommt die Malariakur in Frage. Obwohl sie auch provozierend wirkt, ist doch der Effekt insofern ein anderer, als narbige Schrumpfungen aufgelockert und der Chemotherapie zugänglich gemacht werden können. *Schreyer*-Berlin.

Ludwig Spitzer: **Die Beziehungen zwischen Salvarsanbehandlung und Auftreten der Metalues.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 15.

Verf. untersuchte an 406 Syphilisfällen den Einfluß der verschiedenen antisyphilitischen Mittel auf das Auftreten der Metalues, besonders die Fragen, ob bei den mit Salvarsan behandelten Kranken die metaluetischen Erkrankungen seltener auftreten als bei den ohne Salvarsan behandelten, und ferner, ob bei diesen Kranken die Metalues früher oder später auftritt als in der Vorsalvarsanzeit. Obwohl der Verf. den ungeheuren Nutzen des Salvarsans bei der Bekämpfung der Primärlues und der manifesten Erscheinungen der Sekundärlues anerkennt, glaubt er doch an Hand seiner Zahlen sagen zu können, daß die kombinierte Behandlung den Verlauf der Lues in bezug auf Nervenschäden nicht ändere, vielmehr schiene es, als ob die Metalues in einem früheren Zeitpunkt auftrete, als es in der Vorsalvarsanzeit der Fall war. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Digitized by Google

R. von den Steinen: **Zur Behandlung der kindlichen Lues mit Spirozid.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 24.

Zehn Kinder im Alter von 2 Monaten bis zu $8^1/_2$ Jahren wurden mit Spirozid nach dem folgenden Schema behandelt: Im Beginn $^1/_4$—$^1/_2$ Tablette zu 0,25 g, dann bei den Säuglingen rascher Anstieg auf eine Tablette, bei größeren Kindern auf 2 Tabletten, die morgens nüchtern eine Woche lang gegeben werden, danach eine Woche Pause. Nur zwischen den ersten beiden Wochen wurde ein kürzeres Intervall von nur 4 Tagen eingeschaltet. Gesamtdosis in dreimonatiger Kur durchschnittlich 10—15 g Spirozid. Neben der antisyphilitischen Wirkung des Arsens macht sich besonders sein roborierender Einfluß auf den Organismus durch gute Gewichtszunahmen und Ansteigen des Hämoglobingehaltes um 10—40% bemerkbar. Spirozidschädigungen wurden niemals beobachtet. Außer einem Kinde mit verschleppter Lues sind alle übrigen Kinder, darunter einige mit typischen Hauterscheinungen, ein Kind mit *Parrot*scher Lähmung und ein Kind mit Hemiparese nach 3—4monatiger Kur Wassermann negativ geworden; bisher wurde kein Rezidiv beobachtet. In jedem Fall wird nach einem Intervall von 1—3 Monaten eine zweite Vierteljahrskur und eventuell eine dritte Kur durchgeführt. Verf. empfiehlt ferner prophylaktische Anwendung des Spirozids bei symptomfreien Neugeborenen luetischer Eltern.

J. Weinstock-Charlottenburg.

K. Efimow: **Zur Frage des Einflusses der antisyphilitischen Therapie auf die tabischen Erkrankungen der Sehnerven.** Klinikscheskaja Medicina. 1927. Bd. 5. Nr. 21.

Verf. rät, die Frage von der spezifischen Behandlung der tabischen Sehnervenatrophie einer erneuten Betrachtung zu unterwerfen, da von sieben derartigen Fällen in bloß einem durch eine derartige Behandlung (Hg und NS) eine Verschlimmerung eintrat, in drei der Zustand derselbe blieb und in weiteren drei Fällen eine Besserung erzielt wurde.

A. Jordan-Moskau.

C. Bruck: **Spirozidbehandlung bei Frühlues.** D. W. 1927. Nr. 37.

21 Luetiker mit voll ausgebildeten sekundären Erscheinungen wurden ausschließlich mit Spirozid behandelt. Die Tabletten wurden auf den Tag verteilt, nur je eine nach einer Mahlzeit gegeben bis zur Höchstdosis von 4 Tabletten. Ernstere Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet, in 7 Fällen kam es zu leichten Arzneiexanthemen, die nach Aussetzen der Tabletten in 1—2 Tagen verschwanden und mit Salvarsandermatiden nicht zu vergleichen waren. Bei einem Drittel der Fälle wurde nach dem 1. oder 2. Tag *Herxheimer*sche Reaktion beobachtet. Spirochäten waren nach dem 2. und 3. Tabletten-Tag verschwunden. Die Wirkung auf die klinischen Erscheinungen war etwas langsamer als die einer Salvars.-Bi-Kur. Zwei seronegative Primäreffekte blieben 4 bzw. 6 Monate nach Abschluß der Behandlung mit 4 Spirozidkuren negativ. Die Mehrzahl frischer Fälle mit sekundärer Lues wiesen nach $3^1/_2$ Monate langer Behandlung (4 Kuren) völlig negative Serumreaktionen auf. Trotzdem soll man in größeren Intervallen mit den Spirozidkuren fortfahren, um ein endgültiges Resultat zu erzielen. Ob eine Definitivheilung durch reine Spirozidbehandlung zu erreichen ist, muß sich erst an größerem Material zeigen.

Schreyer-Berlin.

Digitized by Google

Feuerstein-Jena: **Salvarsanbehandlung der Syphilis.** D. m. W. 1928. Nr. 2.

Verf. wendet sich auf Grund von Beobachtungen aus seiner Praxis gegen die Auffassungen, welche in der energischen Behandlung luetischer Frühstadien und auch späterer Affektionen den Faktor für eine prognostisch infauste Wendung der Erkrankung sehen wollen (Vertreibung der Spirochäten ins Gefäß- und Zentralnervensystem). *O. Dittrich*-Kiel.

Gustav Hopf: **Beitrag zur Physiologie des Myosalvarsans.** D. W. 1927. Nr. 33.

Um ein Bild über die Resorptions- und Ausscheidungsweise des Myosalvarsans zu gewinnen, wurde nach intramusk. Verabreichung der Urin nach der *Abelin*schen Methode untersucht. Nach 2—4 Stunden hatte die Ausscheidung von Salvarsan ihren Höhepunkt überschritten gegenüber 10 Minuten bei intravenöser Zufuhr. Die im Vergleich zu der intravenösen Verabreichung langsame, nicht so brüsk einsetzende Einwirkung auf die Spirochätenzahl macht das Myosalvarsan zu einem geeigneten Präparat bei der Behandlung von Lues cerebri, Neurolues, luischen und nichtluischen Herzerkrankungen. Bei der L. cong. gestattet es größere Dosierungsmöglichkeiten. Die guten Erfolge bei Keratit. parench. sind auf die langsamere Ausscheidung zurückzuführen. Myosalvarsan macht geringe Beschwerden bei langsamer Injektion; subkutane Applikation weist keine Vorteile auf gegenüber der intramuskulären. *Schreyer*-Berlin.

Edmund Hofmann: **Klinische Erfahrungen mit Myosalvarsan.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 24.

Das Myosalvarsan, ein von *Kolle* dargestelltes Formaldehyd-Sulfit-Salvarsan, das intramuskulär oder subkutan zu injizieren ist, wurde an 54 Patienten nachgeprüft.

Es erwies sich klinisch als etwa dem Neosalvarsan gleichwertig. Die Schmerzhaftigkeit der Injektion wird von den Kranken bald nur als lästiges Druckgefühl, bald als Spannungsgefühl der injizierten Gesäßpartie angegeben, zahlreiche Kranken bezeichnen sie als vollkommen schmerzfrei. Wichtig für die Verträglichkeit des Mittels ist die Injektionsstelle, die am geeignetsten 3 Querfinger breit unter der Crista iliaca gewählt wird. Die wenigen beobachteten Infiltrate gingen schnell und ohne Nekrosenbildung zurück. Die Dosierung ist die gleiche wie bei Neosalvarsan. Von Nebenerscheinungen sind außer geringen Fieberanstiegen, hin und wieder Erbrechen und Durchfällen 3 Fälle von Dermatitiden zu verzeichnen, die aber außerordentlich milde auftraten. Als Indikationsgebiet für die Anwendung des Myosalvarsans nennt der Verf. 1. die Fälle mit starkem Fettpolster und tiefliegenden Venen; 2. die Kinderlues mit schlecht ausgebildeten Venen; 3. Fälle, bei denen die intravenöse Injektion wegen der kurz nach der Einspritzung auftretenden Begleiterscheinungen als lästig empfunden wird; 4. Spätkuren bei symptomfreien Luetikern; 5. Behandlung primitiver Völker in den Tropen. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Edmund Hofmann: **Über die Technik der Myosalvarsaninjektion.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 35.

Die geringe Schmerzhaftigkeit, die bei manchen Patienten nach Myosalvarsaninjektionen auftritt, läßt sich nach Ansicht des Autors fast

Digitized by Google

ganz vermeiden, wenn man die Injektion in das subkutane Fettpolster oder tiefere Fettgewebe über dem M. glutaeus medius gibt. Als beste Stelle für diese Injektion ergab sich als nervenärmstes Gebiet der obere äußere Quadrant einer Gesäßhälfte, etwa 3—4 Querfinger breit unterhalb der Crista iliaca. Es genügt eine Injektionstiefe von zirka 4 cm.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Ossipjanz: **Ein Fall von Idiosynkrasie gegenüber dem Stowarsolan.** Venerologia und Dermatologia. 1928. Nr. 1.

Verf. mahnt zur Vorsicht bei Anwendung des Stowarsolans (russ. Stowarsolpräp.), da er in einem Falle, nach kleinen Gaben derselben, verschiedene Beschwerden (Erbrechen, Durchfall, hohe Temperatur und hämorrhagisches Exanthem) auftreten sah, welche freilich in 24—48 Stunden wieder schwanden. *A. Jordan*-Moskau.

Ernst Friedrich Müller: **Über die Pathogenese der akuten Arsenschädigung der Haut.** Münch. med. Woch. Nr. 44. 1926.

Die Untersuchungen des Verf. ergaben folgende Resultate: Unmittelbar nach der Einspritzung von Salvarsan kommt es zu einer Einschwemmung nachweisbarer Arsenmengen in fast alle Gewebe. Es wird dadurch eine Reaktion des vegetativen Systems hervorgerufen, die erkannbar ist an einem plötzlich einsetzenden „sympathischen" Übergewicht im Tonus der peripheren Gefäße und Gewebe und einem gleichzeitigen „parasympathischen" Übergewicht im Tonus der Organe des Splanchnikusgebietes. Gleichzeitig beginnt eine Ansammlung von Arsen in der Leber. Die gleiche Tonuseinstellung beider Organgruppen bleibt während der Dauer der Arsenzirkulation im Organismus bestehen. Dadurch wird eine gleichmäßige Ausscheidung, gleichbleibende Arsenkonzentration im Blut und allmähliche Verminderung der Arsendepots in den Geweben bedingt.

Bei bestimmten Individuen kommt es nun schon bei den gewöhnlichen Arsendosen zu Überreizungen des vegetativen Systems, die Tonuseinstellung der Organe läßt nach, die Arsenausscheidung hört auf, die Arsenkonzentration im Blut sinkt auf Null. In der Haut treten Gefäßstörungen und Funktionsstörungen auf. Es kommt zu Erythembildungen und anderen vaskulären Symptomen.

Wird die Störung auf natürlichem Wege oder durch die Behandlung mit Natriumthiosulfat behoben, so gewinnt die Haut ihre Funktion wieder. Arsen erscheint wieder im Blut und die Gesamtausscheidung setzt wieder ein. Bleibt die Störung länger bestehen, so kommt es infolge weiterer Arseneinschwemmungen in die Haut und fehlender Abgabe zur Zerstörung lebenswichtiger Hautelemente durch die nun giftige Arsenkonzentration und damit zum Bilde der prognostisch ungünstigen Dermatitis exfoliativa.

Erythematöse und ähnliche Hauterscheinungen im Verlauf von Salvarsanbehandlungen sind also ein Zeichen für eine Arsenempfindlichkeit mit Überreizung des vegetativen Nervensystems, dessen normale Funktion für die Arsenausscheidung unerläßlich ist, und weisen auf schwere Störungen der Hautfunktion hin. Die Dermatitis exfoliativa ist das klinische Bild der auf Grund dieser Hautfunktionsstörung eintretenden Arsenanhäufung in der Haut mit direkter Schädigung der Hautelemente.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Digitized by Google

Blut: **Ist das Salvarsanexanthem ein unspezifischer Heilfaktor?** D. W. 1928. Nr. 1.

Günstige Beeinflussung eines Pemphigus durch ein Salvarsanexanthem, wie sie bei Luesfällen bekannt ist, wurde bei einem 13jährigen Patienten nach intravenöser Injektion von 2mal 0,15 Neosalvarsan 3 Tage nach Auftreten der Dermatitis beobachtet. Es kam zu vollkommener Involution der Pemphigusefflorescenzen, die auf das toxische Exanthem zurückzuführen war, da erfahrungsgemäß das Salvarsan in dieser kurzen Zeit noch nie so weitgehende Besserung des Pemphigus bewirkt hat.

Schreyer-Berlin.

Nardi Giona: **Über einen Fall von Dermatitis exfoliativa generalisata nach Arsenobenzol.** Giorn. ital. di dermat. 1928. Bd. 69. H. 2. S. 279.

Bei *Nardis* 51jähriger, vor mehreren Jahren syphilitisch infizierten, aber nie behandelten Patientin wurde eine Aortitis, ein negativer Blut-, aber stark positiver Liquorwassermann festgestellt. Nach der 4. intravenösen Arsenobenzolinjektion trat eine polymorphes Erythem von erythemato-papulösen Typus an den Händen und Unterarmen auf. Nach der folgenden Injektion entstand eine generalisierte schwere desquamative Erythrodermie, welche trotz schlechten Allgemeinbefundes und insbesondere der Herzveränderungen der Patientin vollständig und schnell abheilte. *Nardi* nimmt, was die Ursache der Entstehung des Exanthems betrifft, für seinen Fall die toxischen und anaphylaktischen Theorien an, nach welchen bei schwächenden Allgemeinzuständen Veränderungen an Leber, Nieren und besonders am Herz-Gefäßapparat die schwere und diffuse Hautveränderung veranlassen können.

Fritz Juliusberg-Braunschweig.

Leonardo Nardelli: **Untersuchungen über die Reaktivität der Haut bei 2 Fälien von Arsenobenzoldermatitis.** Giorn. ital. die dermat. 1928. Bd. 69. H. 2. S. 270.

Nardelli prüfte bei 2 Fällen von Arsenobenzoldermatitis die Reaktivität der Haut gegen Arsenobenzole und andere Arsenikpräparate und gegenüber den pharmakodynamischen üblichen Kutisreaktionen und konnte eine negative Phase unmittelbar nach der Salvarsandermatitis und eine positive Phase in verschiedenem Abstand von der ersten konstatieren.

Die Reaktivität der Haut war spezifisch für die Arsenobenzole und fehlt für die anderen Arsenikpräparate.

Das Abwechseln der negativen und positiven Phasen sollte auch bei allen anderen Fällen von Hypersensibilität der Haut gegen andere Substanzen festgestellt werden. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

H. Ch. Gyessing-Ullerul, **Encéphalite hémorrhagique (apoplexie séreuse) en cours d'un traitement per le néosalvarsan. Guérison et continuation systématique du même traitement. (Purpura cerebri im Laufe einer Neosalvarsanbehandlung. Heilung und systematische Fortsetzung der gleichen Therapie.** Acta dermato-vén. 1927. Bd. 6. H. 4.

Neosalvarsanbehandlung einer frischen sekundären Lues: 0,15—0,3 (2 Tage später), 0,45 (3 Tage später), 0,6 (2 Tage später), 3 Tage später das klassische Krankheitsbild der Encephalitis haemorrhagica oder vielmehr, wie Verf. annimmt, das Vorstadium derselben, das Hirnödem. Völlige

Digitized by Google

Heilung unter Adrenalin und Lumbalpunktion. Sehr bald Wiederaufnahme der durch den Anfall unterbrochenen antisyphilitischen Behandlung mit Wismut, 5 Wochen später wird die Neosalvarsantherapie von neuem eingeleitet und nunmehr anstandslos vertragen, allerdings neben Fortführung der Adrenalininjektionen. Verf. kommt in bezug auf die Pathogenese der Purpura cerebri zu der Ansicht, daß sie das Ergebnis einer Reihe von passageren Faktoren ist, und daß die Syphilis unter diesen eine Hauptrolle spielt. Er glaubt, daß diese Komplikation nicht wiederkehrt, wenn diese Faktoren im Laufe der Zeit verschwinden, daß sie also keine dauernde Idiosynkrasie darstellt. *Arthur Alexander*-Berlin.

Bogdanow und *Tereschkowitsch:* **Zur Behandlung der Salvarsan-Dermatitiden mit Natriumthiosulfat.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 12.

Verff. rühmen die Behandlung der Dermatitis infolge von Salvarsan mittels intravenöser Natriumthiosulfateinspritzungen, wobei sie die Beobachtung machten, daß eine derartige Injektion zu Beginn des Salvarsanexanthems eine weitere Zunahme des letzteren verhütet; bei schon entwickelter Form des Exanthems dasselbe zum Schwinden bringt und sogar die Möglichkeit zu einer Fortsetzung der Neosalvarsankur gibt.

A. Jordan-Moskau.

A. A. Feldmann und *Gurfinkel:* **Zur Frage der Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems mit Malaria.** Arbeiten aus dem Odessaer Dermato-Venerologischen Institut. 1927. Bd. 1. S. 402.

Die Verff. erzielten durch Maleriaimpfung bei p. P. in 29% volle Remissio, in 14% unvollkommene Remissio, in 20% Besserung, in 6% geringe Besserung, in 14% keine Veränderung oder gar Verschlechterung, in 14% Exitus. Unter 8 Tabesfällen trat durch Malariaimpfung nur 3 mal Besserung ein, bei Lues cerebrospinalis immer Besserung, bei pathologischem Liquor desgl. *A. Jordan*-Moskau.

Hans Ritter und Dr. *Völker:* **Zur kombinierten Malariabehandlung der Frühlues.** D. W. 1927. Nr. 43.

Da im Sekundärstadium der Lues häufig eine Liquorinfektion vorhanden ist bei dauernd negativem Ausfall der Wa.R. im Blute, soll die Lues bis zur Sanierung des Liquors behandelt werden, was nur durch die kombinierte Malariakur mit Sicherheit zu erreichen ist. In Frage kommen 1. Luetiker, bei denen die Wa.R. im Blute trotz intensiver Behandlung nicht negativ wird und 2. alle Fälle mit irgendwie pathologisch verändertem Liquor (kleinste Schwankungen der Wa.R. und Normomastixkurve und eine Zellzahl über 20/3). Es folgen einige Bemerkungen über die Ausführung der Malariakur. In allen nachuntersuchten Fällen war der Liquor geheilt oder sehr gebessert. Da es mit der kombinierten Malariakur der Frühlues gelingt, die Metalues einzuschränken, ist es Pflicht, alle Luesfälle mit pathologischem Liquorbefund frühzeitig dieser Kur zuzuführen, wobei die wirtschaftliche Seite dieser Behandlungsform neuen keine Rolle spielen darf. *Schreyer*-Berlin.

Josef Konrad: **Zur kombinierten Neosalvarsan-Malariabehandlung der Syphilis.** D. W. 1927. Nr. 44.

Als Indikation für die Einleitung einer Malariatherapie galt ein positiver Liquorbefund. Kontraindikationen bildeten hohes Alter, Kachexie

Digitized by Google

und Myodegeneratio cordis. Nach einer Vorkur von 3,0 g Neosalvarsan erfolgte die intravenöse Inokulation von 10 ccm Spenderblut, die Nachkur wurde mit 4,5 g Salvarsan durchgeführt. Als Provokation des 1. Anfalles der Malaria diente eine Milzbestrahlung mit kleinsten Röntgendosen. Kupiert wurde nach 10 Anfällen mit 2mal 0,5 Chinin. bisulf. intravenös und anschließend 3mal täglich 0,5 Chinin per os durch 3 Tage. Repunktion nach 3—6 Monaten ergab in einem Teil der Fälle negativen und gebesserten Liquorbefund. Den besten Einfluß schien die Malariatherapie in der Früh- und Spätlatenzperiode der Lues zu haben, bevor klinisch nachweisbare Veränderungen im Z.N.S. vorhanden sind. *Schreyer*-Berlin.

P. A. O'Leary: **Treatment of Neurosyphilis by malaria. (Malariabehandlung bei Neurosyphilis.)** Rochester. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 2.

Von Juni 1924 bis Februar 1926 wurden von *O'Leary* 100 Neurosyphilitiker mit Malariakuren behandelt. Darunter befanden sich 57 Paralytiker (50 % erheblich, 18 % leicht gebessert). In den übrigen Fällen handelte es sich um gastrische Krisen, Beinstörungen, Optikusatrophien u. a. m. Von 9 Fällen mit Optikusatrophien wurde bei 4 ein Fortschreiten der Sehstörung verhindert. Akute und latente Luetiker wurden nicht der Malariatherapie unterzogen. Gewöhnlich ging der Malariakur eine antiluetische voraus. Bei den Paralytikern zeigte sich nicht nur eine serologische Besserung, sondern der klinische Erfolg war in vielen Fällen so ausgeprägt, daß die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt wurde. Je größer der Abstand zwischen der ersten Punktion und der Nachpunktion, um so deutlicher die Besserung. Oft variiert auch der klinische und der serologische Erfolg. Am ausgesprochensten war der Rückgang der Zellzahlen. Bei einem Patienten zeigten sich vor der Kur 189 Zellen, nach der Kur nur noch 6. Bei 2 Patienten traten nach 8 bzw. 24 Monaten Rückfälle auf. Von diesen wurden nach der Kur eine antiluetische verweigert, weil sie sich zu wohl fühlten. Sterblichkeit 5 %. Wo keine Besserung auftrat, wurde Reinfektio versucht. Diese schlug jedoch in allen Fällen bis auf einen fehl. Hier trat aber nach dem 5. Anfall spontanes Erlöschen ein. Ebenfalls mißlingt die Malariaimpfung bei Fällen, die früher einemal eine tropische Malaria gehabt haben. Im ganzen wurden 9—10 Anfälle abgewartet. Weniger als 6 Anfälle zeigten sich therapeutisch als unwirksam. Verf. verwirft die Ansicht, daß die Plasmodien als solche wirksam sind. Frische Fälle von Paralyse zeigten bessere Resultate als fortgeschrittene. Nach beendeter Malariakur wurden alle Patienten noch antiluetisch behandelt. An Todesfällen, die zur Sektion kamen, wies auch das Gehirn nach der Malariakur typische Reparationsvorgänge auf. *Röntz*-Bonn.

H. Schottmüller: **Welche Gefahr bringt die Malariabehandlung der Syphilis?** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 16.

Im Gegensatz zu *Martini* steht der Autor auf dem Standpunkt, daß die Impfmalaria weder für den Syphilitiker selbst, von ganz besonderen Ausnahmen abgesehen, noch für die Bevölkerung wegen der eventuellen Übertragung auf Gesunde durch die Anophelesmücke einen Schaden in sich birgt. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

E. Martini: **Zur Frage der therapeutischen Malaria.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 23.

Digitized by Google

Entgegnung auf Ausführungen *Schottmüllers*. Verf. beharrt auf seinem Standpunkt, daß die Impfmalaria sowohl für die Kranken selbst wie für die Umgebung unter bestimmten Umständen nicht ungefährlich sei.

J. Weinstock-Charlottenburg.

Golant und *Faktorowitsch:* **Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Rückfallfieberimpfung.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 20.

Verff. konnten dank der liebenswürdigen Zusendung von Prof. *Plaut* von Mäuseblut, welches die Rekurrensspirochäte enthielt, an 11 Kranken mit progressiver Paralyse Impfungen vornehmen. Die Impfung gelang in 10 Fällen, mißlang im 11. Fall, welcher bereits mit Malaria behandelt worden war. Von 10 Fällen starben 2, der eine 4 Wochen, der andere 6 Monate nach dem Anfall von Rekurrens. In den 6 übrigen Fällen trat, 1—5 Monate nach dem ersten Rekurrensfall, eine sichtbare und andauernde Besserung ein. *A. Jordan*-Berlin.

J. Hermann: **Zur Behandlung der progressiven Paralyse mit Malariaimpfung.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 20.

23 Versuche mit glücklichem Resultat der Malariabehandlung bei progressiver Paralyse. Da das Material klein und die Beobachtungsdauer bloß 2 Jahre beträgt, wagt Verf. keine definitiven Schlüsse zu ziehen, sondern spricht sich nur im allgemeinen dahin aus, daß von allen Versuchen der Behandlung der progressiven Paralyse diejenige mit Malariaimpfung die besten Resultate gibt. *A. Jordan*-Moskau.

W. Ossipow: **Zur Behandlung der progressiven Paralyse.** Wratschebnaja Gaseta. 1927. Nr. 20.

Beschreibung über die historische Entwicklung, Ausführung und den Wert der Malariaimpfung bei progressiver Paralyse. *A. Jordan*-Moskau.

Schwidler: **Über die Malariabehandlung der progressiven Paralyse.** Moskowskij Medicinskij Journal. 1927. Nr. 10.

Verf. ist der Ansicht, daß die Behandlung der Neurolues nach *Wagner* in den psychiatrischen Anstalten herrschend werden müsse. In weit vergeschrittenen Fällen psychischer Erschöpfung muß der Malariabehandlung eine Bi-Kur vorausgehen, während dessen vorübergehende Exacerbationen des Aufregungszustandes und Erscheinungen einer Hautreaktion vorkommen können. Die Impftherapie verläuft gewöhnlich ohne Komplikationen und läßt sich leicht kupieren, kann sogar spontan ohne Chinin vorgehen. Die Malaria kann eine positive Wa.R. negativ gestalten; die allerbemerkbarste Veränderung bildet aber die Rückkehr des Gedächtnisses. Die Anisokorie, die Korneal- und Patellarreflexe bleiben unverändert.

A. Jordan-Moskau.

Gonorrhöe.

Allgemeine Symptomatologie. Kasuistik.

E. Rajka: **Über allergische Hautreaktionen bei der Gonorrhöe und ihre Beeinflussung durch Serum.** D. W. 1927. Nr. 33.

Auf intrakutane Applikation von Gonokokkenvakzine reagiert die Haut der Gonorrhöiker in jedem Stadium der Gonorrhöe mit entzündlichen Erscheinungen. Die zur Verwendung gelangende Dosis, die 20—25 Mill. Keime

Digitized by Google

pro Kubikzentimeter enthält mit $^1/_4$ ‰ Karbolzusatz, darf an nichtgonorrh. Individuen keine Hautentzündung hervorrufen. Von 131 Fällen gaben 110 positive Kutanreaktion, d. h. Hyperämie mit exsudativer Infiltration, die in 24—48 Stunden ihr Maximum erreichte. In den 21 negativen Fällen kann angenommen werden, daß die in den Zellen befindlichen entzündungswidrigen Substanzen die Ausbildung der Kutanreaktion verhinderten. Außerdem wurden die Kutanproben in 82 Fällen mit sensibilisierten Vakzinen durchgeführt, wobei deutliche Unterschiede in der Wirkung bemerkbar waren. Aus einer Zusammenstellung ist ersichtlich, daß die allergische Hautreaktion am wenigsten durch das Normalserum, stärker durch Gonokokkenserum und am wirksamsten durch Immunserum beeinflußt wird.

Schreyer-Berlin.

Walter Krantz: **Ein Verfahren zur Gewinnung von Gonokokken-Dauerkulturen.** D. W. 1927. Nr. 36.

Von der Beobachtung ausgehend, daß die Kulturen so lange gedeihen, als ihnen freie Oberfläche des Nährmaterials und genügend Feuchtigkeit zur Verfügung steht, benutzte Verf. verschieden große Petrischalen, eine hohe zur Aufnahme des Aszites-Agars und eine flache, breitere, die zunächst den Deckel und nach Impfung des Agars den Boden des Kulturgefäßes bildete. In letztere wurde Sublimatlösung gefüllt und nach Bedarf ergänzt. Eine schematische Zeichnung gibt die technischen Einzelheiten wieder. Mit diesem Verfahren gelang es, die verschiedenen Gonokokkenstämme 6—8 Wochen lebensfähig zu erhalten. *Schreyer*-Berlin.

Leibfreid, Sutkowaja und *Tuchschnid:* **Zur Frage der diagnostischen Bedeutung der intrakutanen Injektionen von Gonokokken-Filtraten und Zentrifugaten für die Gonorrhöe.**

Karyschewa und *Welentei:* **Über die Bedeutung der intrakutanen Reaktion mit Gonotoxin und der Heroldschen Methode bei weiblicher Gonorrhöe.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 9.

Die eine wie die andere Arbeit beschäftigt sich mit den *Herold*schen Gonotoxininjektionen in bezug auf ihre Spezifizität bei Gonorrhöe, und beide Arbeiten bestätigen die *Herold*schen Ergebnisse: Die Verff. der ersten Arbeit sehen diese Reaktion als einen neuen Beweis der allgemeinen intoxikativen Natur der Gonorrhöe an. Beide Arbeiten sehen ferner in den intrakutanen Injektionen von Gonokokkenfiltraten und Zentrifugaten ein Mittel zur Diagnose, wie auch in bezug auf die Heilung der Gonorrhöe.

A. Jordan-Moskau.

Leibfreid und *Tuchschnid:* **Die Reaktion Bordet-Gengou bei Gonorrhöe und ihre Veränderung bei Vakzine- und Proteinbehandlung.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Bd. 5. Nr. 9.

Die *Bordet-Gengou*sche Reaktion fällt in 60 % der Tripperfälle positiv, bei Gesunden dagegen negativ aus. Vakzine- wie nicht spezifische Proteinbehandlung verstärken die Reaktion. *A. Jordan*-Moskau.

Durupt et *Nogues:* **Quelques considérations nouvelles sur le gonocoque latent. (Neue Betrachtungen über den latenten Gonokokkus.)** Journ. d'Urologie. 1927. Nr. 3.

Nach eingehender Durchsicht der Literatur und an Hand eigener Untersuchungen kommt Verf. zu der Anschauung, daß der Gonokokkus

Digitized by Google

in chronischen Fällen ein gewisses Latenzstadium einnehmen kann. Je nach den gegebenen Verhältnissen ist aber eine Umwandlung des latenten Gonokokkus in die virulente Form jederzeit möglich. *Röntz*-Bonn.

Oppenheim: **Bemerkungen zu dem Artikel: „Serodiagnostik der Gonorrhöe und Tuberkulose mittels Aktivmethode (HR.)"** von Privatdozent Dr. *Hugo Hecht* D. W. 1927. Nr. 32.

Verf. weist darauf hin, daß es ihm zum erstenmal einwandfrei gelungen sei, im Serum eines an Arthritis gonorrhoica Erkrankten Antikörper nachzuweisen. Die Mitteilung findet sich im Heft Nr. 29 der W. klin. W. 1906.

Schreyer-Berlin.

Albrecht Heyn: **Über Säuremessungen im Scheidensekret bei zervikaler Gonorrhöe und den diagnostischen Wert der Gonotestreaktion.** Münch. med. Woch. Nr. 24. 1927.

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Die Gonorrhöe unterscheidet sich in nichts bezüglich der Säureverhältnisse im Scheidensekret von anderen nicht gonorrhöischen Affektionen der Vaginal- und Zervixschleimhaut. Der Versuch, durch Lakmusstreifen die Diagnose der chronischen Gonorrhöe zu stellen, erweist sich demnach als ein gefährlicher Irrtum. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Frist: **Über einen Fall von geheilter schwerer gonorrhöischer Adnexentzündung (Pyosalpinx usw.) und nachheriger Konzeption.** M. K. 1927. Nr. 48.

Uns interessiert hier, daß der Gatte seine Frau gonorrhöisch infizierte, obwohl er sich seit 6 Jahren, auch nach ärztlichem Urteil, für geheilt halten konnte. Auf Grund des angezogenen Falles plädiert Verf. dafür, daß das Wort „Geheilt" durch den Begriff „Latente Gonorrhöe mit ihren Folgen" ersetzt werde. Demnach soll der Arzt noch jahrelang vierteljährlich eine Nachuntersuchung auf Gonorrhöe vornehmen. Am Schluß gibt Verf. den Wortlaut eines Merkblattes, wie es jedem Gonorrhöe-Kranken nach „Heilung" zu verabfolgen wäre. Der angeführte Fall kam trotz fudroyanter Erscheinungen zur Heilung, denn Kranke machte nach Eingehen einer neuen Ehe (erste wurde geschieden) gesunde Gravidität durch.

Siegfried-Aachen.

Marjassin und *Petschersky:* **Morphologische Veränderungen des Blutes bei der Gonorrhöe unter dem Einfluß von einigen immunotherapeutischen Präparaten.** Venerologia und Dermatologia. 1927. Nr. 12.

Die intramuskuläre Injektion von Gonokokkenvakzine, Eigenblut und Milch ruft in der Mehrzahl der Fälle Veränderungen des morphologischen Bestandes des Blutes hervor, und zwar am stärksten durch die Vakzine, nächstdem durch Milch und an 3. Stelle stehend durch Eigenblut. In drei Viertel der Fälle kommt es zunächst zu einer Verminderung der Leukozyten und dann zu einer Leukozytose, in ein Viertel der Fälle bloß zu einer Leukozytose. Die Leukozytose wird charakterisiert durch eine Vermehrung der neutrophilen, durch Lymphopenie und eine Verminderung der Eosinophilen, im weiteren Verlauf tritt eine Verminderung der Leukozyten, hauptsächlich auf Kosten der Neutrophilen und Zunahme der Lymphozyten und Eosinophilen ein. *A. Jordan*-Moskau.

Digitized by Google

E. Klausner: **Rezidivierende Zystitis und Prostatitis infolge von Koliinfektion der Harnröhre.** D. W. 1928. Nr. 2.

Es wird über einen Fall von aszendierender Koliinfektion der Harnwege mit akuten Entzündungserscheinungen berichtet. Trotz Temperatursteigerung bis 39,7, Zystitis und Prostatitis verlief die Infektion unter schonender Behandlung rasch und ohne Komplikationen. Nach Aussetzen der Lokalbehandlung traten stets von neuem Kolibazillen in der Urethra auf. Als Infektionsquelle war die durch Bact. coli verunreinigte Vagina der Frau anzusehen. *Schreyer*-Berlin.

Julius Samek: **Epididymitis und Bacterium coli commune.** D. W. 1928. Nr. 2.

Es wird über 2 Fälle von urethral bedingter, nicht gonorrhöischer Epididymitis berichtet, bei denen die Kultur aus Harnsediment und Sperma Bacterium coli in Reinkultur ergab. Die Übereinstimmung des bakteriologischen Befundes mit dem klinischen Bilde (akutes Einsetzen unter hohem Fieber, rasches Abklingen auf schonende Behandlung und spezifische und unspezifische Vakzinetherapie) sprach für eine aszendierende Infektion durch den genannten Erreger. *Schreyer*-Berlin.

I. Perrin: **Les prostatitides chroniques méconnues. (Versteckte Prostatitiden.)** Marseille, Journ. d'Urologie. 1927. Nr. 1.

Außer der gewöhnlichen, mehr glandulären Form zeigt die Prostatitis hin und wieder einen mehr interstitiellen Charakter. *Oraison* bezeichnete letztere als „trockene Form" (forme sèche). Subjektive Symptome sind nur selten vorhanden, meist besteht, insbesondere nach alkoholischen und geschlechtlichen Exzessen, etwas eitriger Ausfluß. Die Diagnose ist oft schwer zu stellen, da auch die rektale Palpation tiefer gelegene Prozesse nur selten erkennen läßt. Zuweilen gibt die Urethroskopie den richtigen Fingerzeig. Die therapeutischen Erfolge sind auch bei diesen Prostatitiden zufriedenstellend, wie Verf. an Hand von 5 Fällen beweisen kann.

Röntz-Bonn.

Karyschewa u. *Karelzkoja:* **Gonorrhöe bei kleinen Mädchen infolge der Lebensbedingungen.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 10.

Es erwies sich, daß von 45 kleinen Mädchen im Alter von 1—13 Jahren hatten sich angesteckt:

auf genitalem Wege	8	=	17,8 %,
„ extragenitalem Wege	26	=	57,8 %,
„ unbekanntem Wege	11	=	24,4 %.

In den Fällen von intragenitaler Infektion erfolgte dieselbe:

durch die Mutter	in 13	Fällen,
„ das Dienstpersonal	„ 6	„
„ Freundinnen	„ 2	„
„ Verwandte	„ 2	„
in der Schule	„ 3	„
	Zus. in 26	Fällen.

A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Gonorrhöe, Therapie.

Buschke und *Loewenstein*-Berlin: **Intravenöse Gonoflavin-Therapie bei Gonorrhöe.** D. m. W. 1928. Nr. 2.

Auf Grund der Erfolge, welche andere Autoren mit der intravenösen Injektion von Akridinfarbstoffen bei der Behandlung der Gonorrhöe gehabt haben, versuchten Verf. ein Derivat des Trypaflavins, das Gonoflavin (I.G.-Farbenindustrie), nachdem das Trypaflavin selbst wegen Nebenwirkungen oder wegen zu geringer Wirkungen aufgegeben war. Die Untersuchungen erstreckten sich auf 85 Patienten, welche 8—14 Tage nach dem infektiösen Verkehr zur Behandlung kamen. Methodik: bei den Männern jeden 2.—3. Tag $2^1/_2$, dann 5 ccm Gonoflavin (2%ig) intravenös bis zu 10 Injektionen, ohne daneben lokal oder intern zu behandeln; bei der weiblichen Gonorrhöe jeden 2. Tag $2^1/_2$ ccm Gonoflavin (2%ig) ebenfalls ohne Lokalbehandlung. Die Ergebnisse waren bei frischen Anteriorfällen am besten, Epididymitiker konnten auf diese Weise schon während ihrer akuten Symptome antigonorrhöisch behandelt werden. Schwere Entzündungsprozesse der Harnröhre wurden rasch und günstig beeinflußt. Verf. glauben, daß eine Kombination von Gonoflavin mit lokaler Behandlung nach den üblichen Methoden noch bessere Resultate zeitigen wird.

O. Dittrich-Kiel.

Zieler-Würzburg: **Erfahrungen über die Behandlung des Trippers des Gebärmutterhalskanals bzw. der Gebärmutter.** D. m. W. 1928. Nr. 1.

Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen der letzten 8 Jahre zu dem Ergebnis, daß das zweckmäßigste Verfahren die örtliche Behandlung des Trippers des Gebärmutterhalskanals bzw. der Gebärmutter nach Ablauf der akuten Erscheinungen darstellt. Als notwendige Vorbedingung ist die Ruhigstellung der inneren Organe durch Atropin oder Papaverin zu fordern. Von allen Verfahren der Reizbehandlung wird eine wesentliche Bedeutung nur den Gonokokkenimpfstoffen zuerkannt. Besondere Vorsicht (Aussetzen jeder Behandlung) ist während der Menstruation sowie der der Periode vorausgehenden und folgenden Tage zu beobachten.

O. Dittrich-Kiel.

P. Ravaut u. *Ducourtioux:* **Behandlung von gonorrhöischem Rheumatismus und Septikämie mit intravenösen Injektionen von Antigonokokkenserum.** Ann. de Derm. et de Syph. 1927. Nr. 5.

Es handelt sich um das Antigonokokkenserum von *Maurice Nicolle*, dem spezifische Wirkung zugeschrieben wird. Der intravenöse Weg scheint gegenüber dem subkutanen oder intramuskulären neu ergänzlich. Auch die intraartikuläre Injektion erscheint diskutabel. Bei Septikämie wurde schneller Temperaturabfall beobachtet. Bei Arthritis schnelle Einwirkung auf die Schmerzen, deutliche auf das Exsudat. Bericht über 9 Fälle, zum Teil mit Fieberkurven. *Zurhelle*-Bonn.

A. Boguslawskaja: **Zur Frage der Behandlung der weiblichen Gonorrhöe mit intravenösen Kollargolinjektionen.** Russkij Westnik Dermatologii. 1927. Nr. 10.

Auf Grund der Behandlung von 20 tripperkranken Frauen und 6 tripperkranken Mädchen mit 1% wässerigen, intravenösen Kollargol-

Digitized by Google

injektionen zu 2,0—12,0 bei ersteren und 0,5—4,5 bei letzteren, ist Verf. zur Überzeugung gekommen, daß diese Behandlung den Tripperprozeß, bei gleichzeitiger lokaler Behandlung, abkürzt. *A. Jordan*-Moskau.

Ernst Kiene u. *Max Obermayer:* **Über Farbstoffbehandlung der Gonorrhöe.** D. W. 1927. Nr. 35.

An Stelle der lokalen Behandlung mit Silbersalzen scheint die Farbstoffbehandlung und besonders das Trypaflavin als lokales Antigonorrhoikum gute Erfolge zu versprechen. Männliche subakute und chronische Gonorrhöe wurde in überraschend kurzer Zeit geheilt mit *Janet*schen Spülungen in einer Konzentration von 3 : 10000. Schlechte Verträglichkeit wurde nur in einem von 116 Fällen beobachtet. Die intravenöse Behandlungsweise mit 2%iger Lösung zeigte keinen Erfolg bei Urethritis, dagegen kam die Zervixgonorrhöe in einigen Fällen ohne weitere Lokalbehandlung zur Ausheilung. *Schreyer*-Berlin.

Adam Straszyński u. *Gabriel Nowicki:* **Weitere Erfahrungen über die Wirkung intramuskulärer Ichthyolinjektionen bei gonorrhöischen Komplikationen und bei anderen Erkrankungen der Harnwege.** D. W. 1927. Nr. 42.

Beobachtungen an 81 Fällen ergeben, daß die intramuskulären Ichthyolinjektionen (1—3 ccm der 2%igen wässerigen Lösung jeden 2.—3. Tag injiziert) auf verschiedenartige Erkrankungen der Harnwege günstig einwirken. Schmerzen, Harndrang und Miktionsstörungen gehen schnell zurück. Die Erfolge sind nicht allein auf die antiseptische Wirkung zurückzuführen; Ichthyol wirkt auch infolge seiner organischen Schwefelverbindungen wie parenteral verabfolgte Eiweißkörper. Das schnelle Nachlassen der subjektiven Symptome ist durch Einwirkung auf den Tonus des vegetativen Nervensystems und somit auf die endokrinen Drüsen zu erklären. *Schreyer*-Berlin.

Jäger: **Über die therapeutische Anwendung von sogenannten Pufferlösungen, speziell in der gynäkologischen Praxis.** M. K. 1928. 3.

Pufferlösungen halten (etwa wie die Eisenbahnpuffer bei einem Anprall) den Stoß auf gegen Schädlichkeiten, die z. B. die Konstanz von Körperflüssigkeiten zum Schaden des Organismus nach der sauren bzw. alkalischen Seite verschieben würden. Im Normolaktol, einem neuen Mittel gegen Fluor albus, dient das Natriumlaktat als Puffer, indem es die gleichfalls in ihm vorhandene Milchsäure, eine schwach dissoziierte Säure, davor schützt, im alkalischen Sekret der Scheide zu dissoziieren. Die Milchsäure bleibt im Gegenteil recht lange untersetzt und vermag so eine intensive längere Wirkung auf die Scheidenschleimhaut auszuüben, deren krankhaften Flora sie demnach schließlich den Nährboden zu ihrem Schaden verändert. Verf. will mit dem Mittel, allerdings nur in reinen Fluorfällen, recht zufriedenstellende Resultate erzielt haben, was theoretisch ja denn auch begründet wäre. *Siegfried*-Aachen.

Mucci Antonio: **Das Trypaflavin bei der Behandlung der Gonorrhöe.** Giorn. ital. di dermatol. 1928. Bd. 69. H. 1. S. 106.

Trotz der geringen Wirkung der Trypaflavinbehandlung bei älteren und der völlig negativen Wirkung bei chronischen Formen hat die Akridintherapie doch unbestreitbare Vorzüge bei frischen Fällen und bei Zystitis.

Digitized by Google

Die Chemotherapie der Gonorrhöe ist noch in ihren Anfängen, aber es ist anzunehmen, daß sie mit der Zeit sich zu der rationellen Behandlung der Gonorrhöe entwickeln wird. *Fritz Juliusberg*-Braunschweig.

Julius Monis: **Über Versuche mit Formalindämpfen bei der Behandlung der akuten und chronischen Urethritis.** D. W. 1928. Nr. 3.

Eine Gasflasche, mit Formalinpastillen gefüllt, steht einerseits mit der Harnröhre, andererseits mit einer kleinen Pumpe in Verbindung. Die durch Wasserbad auf 40—50° erwärmten Formalindämpfe werden bis zur maximalen Spannung der Harnröhre in dieselbe eingepumpt und 10 Minuten darin behalten. Akute und chronische Fälle von gonorrhöischer Urethritis wurden durch diese Behandlung in kurzer Zeit gonokokkenfrei.

Schreyer-Berlin.

J. Saudeck: **Laminariastäbchen zur Behandlung der chronischen Cervicitis, sowie männlichen und weiblichen Urethritis.** D. W. 1928. Nr. 10.

Die in verflüssigte Gelatine getauchten Stäbchen quellen nach Einführung in die Zervix oder Urethra, wo sie 2—3 Stunden gehalten werden, und pressen dadurch das der Gelatine zugefügte Medikament (0,1—0,5%ige Arg. nitr.-, 1—3%ige Zinksulfat- oder 1—3%ige Kupfersulfatlösung) in die Tiefe der Schleimhaut. Desinfektion erfolgt durch gründliches Abwaschen des Überzugs und einstündiges Verweilen in einer 1%igen Karbollösung. Reizung wurde nicht beobachtet. Die Erfolge waren günstig, besonders in chronischen und torpiden Fällen. *Schreyer*-Berlin.

Marion: **Über Pathogenese und Therapie gewisser Zystalgien.** Journal d'urol. méd. et chirurg. 1928. I.

Der Name Zystalgie bzw. Blasenneuralgie besteht nach Verf. meist zu Unrecht. Gewisse mit Pollakiurie und gebieterischem schmerzhaften Harndrang einhergehende Zustände ohne makroskopisch wahrnehmbare Eitertrübungen im Urin sind in den meisten Fällen weiter nichts als geringgradige Zystitiden, die wohl meistens bei Frauen vorkommen und bei denen man durch genaueste Untersuchung und Anlegen von Kulturen aus steril entnommenem Urin Kolibazillen und Bakterien nachweisen kann. *Marions* Schüler *Dalsace* führt aus der Frauenpraxis an Hand von 35 Fällen von Zystalgien bei scheinbar normalem Urin entsprechende Beispiele an. *Schmitz*-Bonn.

M. F. Campbell: **Treatment of acute epididymitis. (Behandlung der akuten Epididymitis.)** New York, Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89 Nr. 25.

An Hand von 3000 behandelten Fällen gibt Verf. seine Erfolge bei der Epididymitistherapie kund. Einreibungen mit äußeren Mitteln (50% Guajakolglyzerin) erzielten nur Hautreize. Stauungen gaben hin und wieder leichte Erfolge. Nach Jodnatrium i. v. keine Besserung. Milchinjektionen erfolglos. Diathermie beruhigende Wirkung. Am besten eignet sich folgende Methode: Bettruhe, Eisbeutel, absolute Ruhigstellung durch Suspensorium (Modell wird angegeben und ist im Original nachzulesen). Indikation zur Operation: Länger als 48 Stunden bestehende Schmerzen, Abszeßbildung usw. Epididymotomie nach *Hagner*. Bei letzterer Sterilisation nicht häufiger als bei nichtoperierten Fällen. Vorzüge der Operation: Sofortiges Sistieren

Digitized by Google

der Schmerzen, Verhinderung von Komplikationen (sekundäre Peritonitis, Septikämie). Auch einfaches Punktieren ließe zuweilen Erfolge erkennen erforderte jedoch meist hinterher die Operation. *Röntz*-Bonn.

Stieböck: **Die vaginale Heliotherapie nach Landeker-Steinberg.** M. K. 1927. 42.

Angewandt wurde „Ultrasonne" nach *Landeker*. Bestrahlt durch Spekulum in Richtung auf os externum portionis. Das Verfahren soll alle anderen bisherigen Maßnahmen bei Frauenleiden allerlei Art wirksam unterstützen. Hier interessiert vor allem das Ergebnis der Bestrahlung von Zervizitis mit Erosio port. Nach den Bestrahlungen tritt vorübergehend bedeutende Zunahme des Fluor auf, der oft definitiver Heilung weicht. Von 15 Fällen wurden 10 geheilt. *Siegfried*-Aachen.

Weiß: **Erfolgreiche äußere Behandlung von Strikturen der männlichen Harnröhre.** M. K. 1928. 6.

Verf. hat neben Schlammpackungen die passive Elongation des Penis in der Erektionsrichtung manuell mit maximal noch eben als schmerzfrei empfundenen Zügen durchgeführt. Daneben wurde der elongierte Penis auch noch bald nach rechts, bald nach links gezogen. Behandlung täglich 5—15 Minuten. Alle drei angezogenen Fälle sollen nach monatelanger (sic!) Behandlung durchgreifende Besserung gezeigt haben. *Siegfried*-Aachen.

Hanns Stolzenberg: **Ein neuer Druckdauerspülapparat zur Behandlung der kindlichen Vulvovaginitis.** D. W. 1927. Nr. 36.

Ein einfaches Rücklaufrohr aus Glas wird in die Vagina eingeführt und mittels einer Knetmasse an der Vulva abgedichtet. Dadurch wird die kindliche Scheide stark ausgedehnt und eine glatte und gut zu behandelnde Oberfläche geschaffen. Die Spülung kann im Bett des Kindes über 2 Stunden ausgedehnt werden, wodurch die Möglichkeit gegeben ist, bis zu 8 Liter Spülflüssigkeit (¼‰ Arg.-nitr.-Lösung) an die Scheidenwände heranzubringen. Die Kinder wurden bei dieser Behandlung nach wenigen Tagen gonokokkenfrei. Argyrosis wurde nicht bemerkt.

Schreyer-Berlin.

V. Marselos: **Nouveau traitement d'épreuve de la blennorragie. (Neue Reizmethoden bei Gonorhöe.)** Athènes, Journ. d'Urologie. 1927. Nr. 3.

Als Reizmittel bei behandelter Gonorrhöe wird kombinierte Anwendung von Diathermie und Eigenblutinjektionen empfohlen. Im ganzen wurden 216 Patienten dieser Behandlung unterzogen. Nur in einzelnen Fällen zeigten sich hier und da kleine Nebenerscheinungen (Schwindel, Blässe usw.), die aber nach kurzer Zeit wieder verschwanden. Lokal bestand nach Reizung Vermehrung des Ausflusses und Kitzelgefühl in der Harnröhre. In mehreren Fällen gelang es, auf diese Weise bei anscheinend abgeheilter Gonorrhöe wieder einzelne Gonokokken im Sekret nachzuweisen.

Röntz-Bonn.

H. Lippert: **Die Quellstäbchenbehandlung der weiblichen Gonorrhöe, ein technischer Fortschritt.** D. W. 1927. Nr. 31.

Nach 2jähriger Anwendung von Partagonquellstäbchen bei weiblicher Gonorrhöe kommt Verf. zu dem Resultat, daß sie für die Urethralgonorrhöe das einzige Mittel sind, das durch genügende Entfaltung und gleichzeitige

Digitized by Google

intensive Einwirkung auf die Schleimhaut die Gonokokken abtötet. Behandelt wurden 80 Fälle von akuter und chronischer Urethral- und Zervikalgonorrhöe und Vulvovaginitis gon. bei Kindern. *Schreyer*-Berlin.

H. Mühlpfordt: **Steinbildung nach einer einzigen Reargoneinspritzung.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 20.

Einige Stunden nach Instillation einer 10%igen Reargonlösung mittels der Guyonspritze entleerte der Patient zahlreiche schwarze Körnchen, die, wie die chemische Analyse ergab, aus Silbersalzen bestanden. Verf. warnt auf Grund dieser Erfahrung vor dem Mittel.

J. Weinstock-Charlottenburg.

B. Spiethoff: **Die Malariabehandlung bei der akuten und chronischen Gonorrhöe.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 35.

Die günstigen Erfahrungen mit der Malariabehandlung bei der akuten und chronischen Gonorrhöe des Mannes und der Frau konnte weiter bestätigt werden. Vor allem ist die sehr wesentliche Abkürzung des Krankheitsverlaufes durch diese Kur hervorzuheben. Als unbedingte Voraussetzung für eine günstige Beeinflussung der Malariabehandlung gilt, daß intensivste örtliche Behandlung erfolgen kann. Deshalb läßt Verf. bei Frauen 5mal täglich 2 Neißerspritzen in die Urethra injizieren und morgens und abends nach der Injektion ein Protargol-Spumanstäbchen einführen. Unbefriedigend sind bisher die Erfolge bei der Kindergonorrhöe.

J. Weinstock-Charlottenburg.

B. Spiethoff: **Die Behandlung der Gonorrhöe mit Malaria und Saprovitan.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 23.

Verf. behandelte 31 Gonorrhöefälle mit und ohne Komplikationen mit Maleria, ferner 18 Fälle mit Saprovitan, einem Gemisch geeigneter lebender Saprophyten. Die Saprovitanimpfungen wurden später zugunsten der Malariaimpfungen aufgegeben, da die Malariaerkrankung schonender als die Saprovitanimpfung verläuft, der Fieberanstieg viel ruhiger und die Behandlungszeit eine kürzere ist. Die Voraussetzung für das Gelingen einer Abortivkur mit Malaria ist eine gleichzeitige intensive, örtliche Behandlung, da die abschwächende Wirkung des Malariatoxins nicht allein zur Vernichtung der Gonokokken ausreicht. Die Patienten machten in der Regel 10 Anfälle durch. Die therapeutischen Erfolge der Kur fordern zur Fortsetzung der Versuche auf. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Beyer: **Gonorrhöebehandlung mit Malaria.** M. K. 1928. 16.

Als Heilfaktoren wirken die erhöhte Temperatur, die im Portiogebiet auf 40,6—41,2° C stieg, je nach Weite der Vagina, dann natürlich auch die Herd- und Allgemeinreaktion der Proteinkörpertherapie. In chronischen Fällen genügten etwa 5, in akuten waren mindestens 8 Schüttelfröste nötig. Als guter Indikator für fortschreitende Heilung erwies sich Reaktionsumschlag des alkalischen Fluors nach schwach und dann stark saurer Seite hin. 4—5 Wochen sollen genügen zur Heilung der sonst so oft trostlosen weiblichen Gonorrhöe. Zu erwähnen wäre noch, daß die Fieberattacken nach Malariaimpfung durch parenterale Milchverabfolgung provoziert werden konnten. An Hand einer Kasuistik beschreibt Verf. dann noch genau die Wandlungen des Blutbildes während der Behandlungsdauer. Gesamtzahl der behandelten Kranken nicht angegeben.

Siegfried-Aachen.

Digitized by Google

Ter. Gasparjan: **Zur Frage des Einflusses der Malaria auf den Verlauf der Gonorrhöe.** Venerologia u. Dermatologia. 1927. Nr. 10.

Auf Grund von 114 eigenen Beobachtungen stimmt Verf. *Küsel* und *Koshewnikow* bei, daß die Malaria den Verlauf des Trippers in allen Stadien verschlechtert, so daß der Vorschlag einiger deutscher Urologen einer Behandlung der Gonorrhöe mit Malariaimpfungen zweifelhaft in bezug auf seinen Wert erscheint. *A. Jordan*-Moskau.

Ernst Deußen: **Beiträge zur Kenntnis der Bukkoblätter (Fol. Bucco).** D. W. 1927. Nr. 51.

Für die Bukkoblätter, die seit langem von Eingeborenen Afrikas als Wundmittel und bei Blasenkrankheiten gebraucht werden, kommen als Stammpflanze verschiedene Barosmaarten in Betracht. Außer dem Geschichtlichen und der Botanik werden die physiologische Botanik, die Zusammensetzung aus Diophenol oder Bukkokampfer und Hesperidin, die physiologische Chemie der Bukkoblätter besprochen. Neben dem Blättermaterial, das als diuretisch wirkender Tee für therapeutische Zwecke verwandt wird, findet sich noch eine Bukkoblätter enthaltende Arzneimittelmischung unter dem Namen Bukkosperin im Handel.

Schreyer-Berlin.

E. Schubert: **Uvalysat in der Urologie.** D. W. 1927. Nr. 37.

Die reizmildernde, sekretionsbeschränkende und diuretische Wirkung des Uvalysats macht dieses Medikament besonders geeignet zur Behandlung der Entzündungen der Harnwege. 1 g Uvalysat enthält 1 g Fol. uvae ursi recent. mit 12% Alkohol. Gegenüber dem Dekokt aus Fol. uvae ursi ist der angenehme Geschmack, die Haltbarkeit und stets gebrauchsfertige Darreichungsform als Tropfen ein großer Vorzug. *Schreyer*-Berlin.

G. Schulte: **Die Röntgentherapie der Arthritis gonorrhoica.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 17.

Verf. erzielte mit Röntgenbestrahlungen der Arthritis gonorrhoica in allen Stadien sehr gute Heilerfolge bis zur Restitutio ad integrum. Die Bestrahlungstechnik war folgende: Neo-Intensivreformapparat mit Gleichspannung 210 KV, Filter 1,0 Cu + 1,0 Al. Die Gelenke wurden je nach ihrer Dicke von zwei oder mehr Feldern homogen durchstrahlt. Die Dosis betrug 10 oder 15% der H.E.D. Die Bestrahlungen wurden nicht in bestimmten gleichen zeitlichen Intervallen verabfolgt. Es wurde immer erst abgewartet, bis eine Bestrahlung sich ausgewirkt hatte. Erst wenn ein Fortschreiten der Besserung aufhörte und ein Stillstand eintrat, wurde die nächste Bestrahlung verabfolgt. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Urologie.

Egon Groß: **Zur Frage der Ätiologie der Adnexerkrankungen.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 31.

Erhebungen an einem großen Material der Stadt Leipzig und an der Universitätsfrauenklinik zu Leipzig ergaben, daß die Gonorrhöe heute an Bedeutung in der Ätiologie der Adnexentzündungen gegenüber der Wundkeimätiologie zurücktritt. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

Digitized by Google

C. H. Lasch-Rostock: **Über die Wasserstoffzahl des normalen Urins sowie über die Möglichkeit ihrer medikamentösen Beeinflussung.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 27. H. 12.

Die Wasserstoffzahlen des normalen Urins unter gemischter Kost liegen etwa zwischen 5,5 und 7,5, die der Alkalireserve im Blut etwa zwischen 55 und 56.

Eine Alkalisierung des Urins bis zu p_H = 7,4—8,0 ist mühelos durch orale Verabreichung von Urizedin zu erzielen. Die Urizedinmedikation ist der Verabreichung von Natriumbikarbonat vorzuziehen.

Eine Säuerung des Urins bis p_H = 5,2—5,5 ist durch orale Verabreichung von verdünnter Salzsäure zu erzielen und ist der intravenösen Darreichung von Urotropin vorzuziehen. *Pürckhauer*-Dresden.

R. Borgrinner-Hamburg: **Akuter Bromismus nach Kontrastfüllung der Nierenbecken.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 27. H. 12.

Kasuistischer Beitrag. Noch deutlicher Bromgehalt des Blutes 55 Tage nach der Pyelographie. *Pürckhauer*-Dresden.

H. Natnig: **Menorrhagien und Metrorrhagien bei jungen Jungfern.** Norsk Magazin for Laegeridenskoben. Jahrg. 87. S. 1.

Die Fälle sind gar nicht selten, oft von Symptomen von seiten des Nervensystems oder der endokrinen Drüsen begleitet. Es wird eine Behandlung angegeben von *einmaliger* Pinselung mit Formol (40% Formaldehyd). die meistens genügt, um die Blutung zum Aufhören zu bringen. Sie wird mittels eines Gazetampons gegeben, den man 1—3 Minuten liegen läßt. Die Scheide muß nach der Behandlung gespült werden.

A. Kißmeyer.

Stutzin: **Uroneurosen.** M. K. 1927. 36.

Die sogenannten Neurosen sind Folgen nichtverarbeiteter Erlebnisse, oder besser: sie sind als nicht abreagierte Konflikte anzusehen. Es handelt sich also um eine nicht bewußte Flucht in die Krankheit vor dem Nichtfertigwerden mit sich selbst. Eine spezifische Organaffinität in dem Sinne, daß bestimmte Konflikte sich nun immer dasselbe Organ aussuchen, verneint Verf., dagegen spricht er von einer relativen Spezifität, da mit gewisser Regelmäßigkeit bestimmte Erregungsformen immer wieder auf bestimmte Organe oder Organgruppen sich auswirken. Als Organneurosen unseres obigen Gebietes sieht Verf. an Hämaturien und Nierenkoliken, bei denen beiden nur zu oft jede organische Grundlage, auch anatomisch, fehlt. Weiter fallen in unser Gebiet Urininkontinenz, -retention, überhaupt die Reizblase. Auch viele günstige Erfolge nach Steinachoperation hält Verf. für suggestiv. Therapeutisch kommen hier in Betracht: Suggestion, Persuasion und Wachsuggestion und Hypnose, dann aber auch die psychophysischen Mittel, die eine Brücke zur Seele über den Körper schlagen, wohin wohl unser ganzes bisheriges physikalisches und medikamentöses Rüstzeug gehören dürfte. Hauptsache bleibt für jeden suggestiven Erfolg die entsprechende suggestionsspendende Persönlichkeit, wobei die Psychoanalyse durchaus nicht zu kurz zu kommen braucht, denn diese will ja den seelischen Konflikt ergründen, ihn aus dem Unterbewußtsein, aus der Verdrängung herausholen, während die Suggestion den Willen des Kranken beugt, ihn dem suggestionsspendenden Arzt unterordnet, um den entgleisten Willen des Kranken auf das richtige Geleise zu schieben.

Siegfried-Aachen.

Digitized by Google

Schapiro: **Neuere Gesichtspunkte zum Problem der Impotenz.** M. K. 1927. 31.

Die Potenz kann man sich unter dem Bilde des elektrischen Stromes vorstellen; ihre Größe setzt sich auch wie dieser zusammen aus Ladung und Widerstand. Die Ladung oder der Tonus der Sexualzentren hängt ab von 1. dem Füllungsgrad der Zentren mit endokrinen Stoffen, 2. von ihrem Konzentrationsgrad mit anorganischen Stoffen (Kalium- und Kalziumionen), 3. vom vegetativen Nervensystem, das diese Ionenkonzentration regelt, 4. der konstitutionellen Bereitschaft oder ihrem Widerstande gegenüber psychosexuellen Assoziationen und 5. von Stimmungen, die ebenfalls durch Assoziationen hervorgerufen werden. Potenzstörungen aus mangelnder Ladung sind also Veränderungen eines dieser 5 Zustände zuzuschreiben. Erhöhte Widerstände resultieren aus den unter „psychischer Impotenz" bekannten Formen. Gelänge es nun, diese hemmenden psychischen Faktoren auszuschalten, dann gewänne der Impuls das Übergewicht. Diese psychoanalytische Behandlung ist aber zeitraubend, schwierig und nicht jedermanns Sache. Leichter wäre es, wenn man den Fällen erhöhten Widerstandes eine Erhöhung der Ladung entgegensetzen könnte. Diese Ladungserhöhung würde wohl in Testespräparaten zu finden sein, deren wirksamstes nach klinischen Versuchen Verf. im Testifortan der Chem. Fabrik Promonta zu erkennen glaubt. *Siegfried*-Aachen.

L. J. Litwak: **Ein Fall von Epididymitis idiopathischen Ursprungs** D. W. 1927. Nr. 31.

Der seltene Fall einer Epididymitis idiopath. wurde bei einem 52 Jahre alten Manne beobachtet. Hinsichtlich Entstehung und Ursache der Affektion fehlen alle Anhaltspunkte. Der linke Epididymis war vergrößert und schmerzhaft. Spezifische Erkrankung, Trauma und Tuberkulose waren auszuschließen. *Schreyer*-Berlin.

Dr. *Wilhelm Blotevogel:* **Zur Biologie der Sexualhormone.** D. W. 1927. Nr. 38.

Untersuchungen an weißen Mäusen, die die Wirksamkeit des Sexualhormons und die Beziehungen der Sexualerscheinungen zum Nervensystem zum Gegenstand hatten, ergaben: Die im sympathischen Ganglion des Uterus gelegenen chromaffinen Zellen vermehren sich im Verlauf einer Schwangerschaft und kehren während der Laktation allmählich zur Norm zurück. Die Steigerung steht in ursächlichem Zusammenhang mit den in der Schwangerschaft vermehrten Hormonzellen. Nach Entfernung alles hormonalen Gewebes weist das Tier statt 2—6% nur 1% an chromaffinen Zellen auf. Die beim normalen Tier unverändert bleibende Struktur der einzelnen Zellen zeigt beim kastrierten eine Degeneration der Nissl-Schollen im Sinne der Chromolyse, die nach Injektion von Sexualhormonsubstanz zu normalen Verhältnissen zurückkehrt. Damit ist die Möglichkeit gegeben, den Wert eines Sexualhormons zu prüfen, und zwar durch Feststellung der Relation der chromaffinen zu den Ganglienzellen im Ganglion cervicale uteri. *Schreyer*-Berlin.

Karo: **Die Prostatahypertrophie.** M. K. 1928. 12. Vortrag im Lichtenberger Ärzteverein, 7. Oktober 1927.

Verf. wendet sich an den Allgemeinpraktiker. Als souveränes Mittel gegen obiges Leiden, das weniger eine Prostatahypertrophie denn

Digitized by Google

ein Adenom ist, empfiehlt Verf. bei den Beschwerden des Prostatismus die doppelseitige Vasektomie. Bei unkompletter und kompletter Harnretention hat er fast immer durch die harmlose Kapillarpunktion der Blase gute Erfolge erzielt. In schwereren Fällen empfiehlt er die Blasenfistel, die man sehr gut ambulant unter Lokalanästhesie anlegen kann, indem man mit einem dicken Troikar punktiert und hinterher über ihn einen Thiemannkatheter einschiebt und mit Heftpflaster fixiert. Zylotropin nur ungefährlich bei völlig gesunden Nieren. Zum Schluß Beschreibung der drei Arten der Enukleation des Prostataadenoms. Letztere heute ungefährlich, wenn vorher nach Anlegung einer Blasenfistel Kranker wieder gekräftigt. Nach Prostatektomie erhält Urethra ihre normale Länge zurück und Prostata soll sich sogar regenerieren können, so daß Kranker wieder als gesund anzusprechen ist. *Siegfried*-Aachen.

W. T. Belfield and *H. C. Rolnick:* **Observations on the physiology and therapy of the seminal duct. (Physiologische und therapeutische Betrachtungen über den Samenweg.)** Chikago, Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 25.

Während beim Menschen die Epididymis im wesentlichen nur zur Fortleitung des Samens dient, hat sie bei den Säugetieren zwei weitere Funktionen: Spermabehälter und sekretorische Tätigkeit. Um die Funktion der menschlichen Epididymis zu studieren, suchten Verf. auf zwei verschiedene Arten zu Sekret zu kommen: Verwendung des spermienfreien Ejakulats bei alten Gonorrhöikern, deren Samengänge nach Epididymitis verlegt waren, und Untersuchung von Spermatozelenflüssigkeit. Nach intravenöser Farbstoffinjektion (Tier) und oraler Farbstoffverabreichung (Mensch) enthielt der Kopf der Epididymis keine Farbbestandteile, dagegen wohl die übrigen Teile und auch die Köpfe der Spermien. Diese Feststellung wurde therapeutisch verwertet. Bei 30 Patienten mit Epididymitis wurden intravenöse bzw. intramuskuläre (3—5) Salvarsaninjektionen ausgeführt. In 15 Fällen Nachlassen der Schmerzen und Klärung des Urins. Drei Patienten wurden leicht gebessert, bei 12 zeigte sich kein Erfolg. Auch wurde festgestellt, daß durch Samengehalt der Urin eine positive Eiweißreaktion zeigen kann. *Röntz*-Bonn.

H. Shigematsu: **Experimentelle Untersuchungen über die Urinretention.** Journ. d'urol. méd. et chirurgie. 1928. I.

S. hat zu experimentellen Zwecken an Hunden und Kaninchen Ligatur der Ureteren vorgenommen und die Veränderung des physiologisch-chemischen und allgemein biologischen Verhaltens des Tierorganismus studiert. Dabei haben sich beachtliche Resultate ergeben hinsichtlich der chemischen Veränderungen in Blut und Liquor (Harnstoff- und Kochsalzgehalt usw.), im Blutdruck, der Herzaktion, der Temperatur usw. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist die Feststellung, daß die überdehnte und der Ruptur nahe Harnblase Flüssigkeit diffundieren läßt, wobei die Blasenwand in ganz unterschiedlicher Weise für gewisse Stoffe durchlässig ist, während andere nicht durchfiltrieren. Weiteres ist im Original nachzulesen. *Schmitz*-Bonn.

Pérardel et *Aroisel:* **Beobachtung eines Falles von Torsio testiculi.** Journ. d'urol. méd. et chirurg. 1928. I.

Im Anschluß an einen Fall von unter akuten Erscheinungen aufgetretenen Hodentorsion besprechen Verff. diese im Pubertätsalter, aber

Digitized by Google

auch sonst beobachteten Affektion unter Benutzung eingehender Literatur. Meist infolge mechanischer Verhältnisse auftretend, gibt es drei Formen: eine hochakute, eine subakute und eine in rezidivierenden Schüben auftretende. Die erste, durch Blässe, Schweißausbruch, Kleinheit des Pulses, starke lokale Anschwellung und Schmerzhaftigkeit bei normaler Temperatur gekennzeichnet, führt fast ausnahmslos zu Gangrän und Einschmelzung, so daß nur noch ein chirurgisches Eingreifen, und zwar als Kastration, in Frage kommt.

Die subakute Form, bei der die subjektiven Symptome geringer, objektiv Verwechslung mit Tuberkulose des betreffenden Hodens bzw. Samenstranges möglich ist, führt meist zu Atrophie desselben. Die dritte Form ist kaum bekannt. Bei ihr handelt es sich um schubweise auftretende Torsionen und Detorsionen (letztere manchmal unter Mithilfe des davon Betroffenen selbst), die, wenn sie rechtzeitig erkannt werden, gute chirurgische Resultate durch Ligaturen geben, wenn nicht, jedoch im Laufe der Zeit die gleichen Folgen wie bei der zweiten Form ergeben. Da genannte Zustände gar nicht so selten sind, ist bei allen Affektionen an den Testes, bei denen Traumen oder Infektionen von seiten des Urogenitalapparates fehlen, an Torsio testiculi zu denken und die Therapie, die nur eine chirurgische sein kann, entsprechend einzustellen.

Schmitz-Bonn.

Weiß: **Über die Verwendung neuer Tablettenreagenzien in der Harnchemie.** M. K. 1927. 50.

Da der Arzt seine Reaktionen möglichst am Krankenbett schon ausführen müßte, hat Verf. nach seinen Kriegserfahrungen sich daran gemacht, die zu den Reaktionen benötigten Reagenzien in die bequeme Dauerform der Tablette zu bannen. Mit seiner Chromogentablette lassen sich angeblich bequem nachweisen Urochromogen, Urobilin, Bilirubin, Harnsäure und Indikan, letzterer qualitativ und quantitativ. Die Saccharotesttablette ermöglicht qualitativen und quantitativen Zuckernachweis. Die in Betracht kommenden technischen Einzelheiten sind ihrer Ausführlichkeit und Zahl wegen im Original nachzulesen. *Siegfried*-Aachen.

Perlmann-Berlin: **Die Tuberkulose der Harnwege im Röntgenbild.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 27. H. 10.

Die charakteristischen Merkmale sind:

1. Vergrößerung und unregelmäßige Gestalt des Nierenschattens,
2. Auftreten von Kalkschatten im Parenchym von verschiedener Form und Größe,
3. Pyelographische Zerstörung und Auffaserung der Kelche, Gradstellung des Beckens, sowie Kavernen im Nierengewebe,
4. Ureter oft verkürzt, stark erweitert, an manchen Stellen strikturiert,
5. Blase zeigt Schrumpfung einer Hälfte und Verminderung der Ausdehnungsfähigkeit. *Pürckhauer*-Dresden.

N. Soroko-Leningrad: **Zur Kasuistik der Nierenblutzysten.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 27. Nr. 10.

Es sind bösartige Neubildungen oder zum mindesten Neoplasmen, die bösartig entarten können. Radikalster chirurgischer Eingriff mit Entfernung der Niere ist erforderlich. *Pürckhauer*-Dresden.

Digitized by Google

V. Leonhard: **Diuresis versus antisepsis in the treatment of urinary infections. (Diurese und Antiseptica bei Infektionen der Harnwege.)** Baltimore. Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Nr. 7. Vol. 89.

Während der Behandlung mit Harndesinfizientien ist die Anwendung von diuretischen Mitteln zu vermeiden, da sonst eine zu hochgradige Verdünnung der im Urin enthaltenen chemisch wirksamen Stoffe erfolgt. Außerdem ist der Patient anzuhalten, in Intervallen von 4—6 Stunden Wasser zu lassen. Hexylresorzinol kann durch die diuretische Wirkung von Natrium bicarbonat. unwirksam gemacht werden. Ist jedoch eine diuretische Wirkung erwünscht, so mag sie mit desinfizierenden Methoden abwechselnd angewandt werden. *Röntz*-Bonn.

Friedrich Dietel: **Eine praktische Hodenstütze bei bettlägerigen Kranken mit Erkrankungen am Skrotum oder Hoden und Nebenhoden.** Münch. med. Woch. 1927. Nr. 18.

Eingehende Beschreibung einer neu konstruierten Hodenstütze, die sich bei der Behandlung schwerer Skrotal- und Genitalekzeme, sowie akuter Nebenhodenentzündungen sehr gut bewährt hat. Der Apparat ist bei der Firma *Paul Waib* in Nürnberg zu beziehen.

J. Weinstock-Charlottenburg.

C. W. Eberbach and *R. D. Arn:* **Hexylresorcinol in urinary tract infections. (Hexylresorcinol bei Infektion der Harnwege.)** Journ. Americ. Med. Ass. 1927. Vol. 89. Nr. 7.

Bei 200 Fällen mit Infektionen der oberen Harnwege wurde Hexylresorzinol angewandt. Dosis 0,6 g in Olivenöl, 3mal täglich. 82 Fälle konnten jedoch nur genauer beobachtet werden. Bei 10 % mußte die Kur wegen Unverträglichkeit abgebrochen werden. Fast 42 % der Kokkenfälle, 19 % der Bazillenfälle und 12 % der Mischinfektionen wurden geheilt.

Röntz-Bonn.

Hans Fromlet: **Zur konservativen Behandlung der Nebenhodentuberkulose.** Münch. med. Woch. 1926. Nr. 48.

Verf. tritt auf Grund von sehr guten Heilerfolgen bei 2 Fällen von Nebenhodentuberkulose durch Röntgenbehandlung warm für diese konservative Methode ein, die besonders dann der chirurgischen Behandlung vorzuziehen sei, wenn beide Hoden erkrankt und eine totale Kastration nötig wäre. *J. Weinstock*-Charlottenburg.

E. Brack-Hamburg: **Über prolongierte Durstkuren.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 27. Nr. 11.

Die konsequent durchgeführte prolongierte Durstkur vermag wie kein anderes Mittel durch geringe Inanspruchnahme der Nieren den Blutdruck herabzusetzen. Nebenbei hat sie noch diagnostisch kritischen Wert.

Pürckhauer-Dresden.

A. Cassuto-Rom: **Die Behandlung der tuberkulösen Cystitis mit Afenil.** Ztschr. f. Urologie. Bd. 27. H. 11.

Da die tuberkulöse Cystitis trotz operativer Entfernung der erkrankten Niere häufig nur sehr schlecht und langsam abheilt, hat Verf. mit *sehr gutem Erfolg* postoperativ das *Afenil (Knoll)* in Gestalt täglicher intravenöser Injektionen hierbei angewandt. *Pürckhauer*-Dresden.

Digitized by Google

Syphilis. Soziales.

Schindler-Fulda: **Wann darf der Geschlechtskranke, insbesondere der Syphilitiker heiraten? Ein Entwurf international wortübereinstimmender Vorschriften für die Eheschließung und Ehescheidung kranker, insbesondere geschlechtskranker Personen.** Acta dermato-vén. 1927. Bd. 8. H. 4.

Verf. verficht die Ansicht, daß jeder Mann oder Frau, welche Syphilis gehabt hat, auch wenn sie selbst sich für geheilt halten oder ein Arzt sie nicht mehr für ansteckungsfähig hält und daher die sogenannte Heiratserlaubnis erteilt, dennoch unter allen Umständen schon vor der Verlobung, also rechtzeitig und nicht erst wenige Tage vor der Hochzeit, sich der anderen Partei offenbaren sollen. Verf. bekämpft also den ärztlichen Heiratskonsens, er will, daß der Arzt allein nur befugt sei, zu sagen, wer *nicht* heiraten darf, weil die Ansteckungsgefahr offensichtlich und unausbleiblich ist. Die Mitwirkung des Arztes soll darauf beschränkt bleiben, nachdem der Ehekandidat sich der Gegenpartei offenbart hat, beide Parteien zu belehren, mit welchen Folgen unter Umständen die künftigen Eheleute für sich selbst oder ihre Kinder zu rechnen haben, obwohl die Krankheit geheilt oder zum Stillstand gekommen zu sein scheint. — Verf. teilt einen von ihm entworfenen Einheitstext mit, der sich eng an den in den skandinavischen Staaten bereits eingeführten gesetzlichen Offenbarungszwang beim Standesamt vor der Trauung oder dem Aufgebot hält. Der Entwurf muß im Original nachgelesen werden, ebenso die Begründung und Erläuterung, die Verf. dazu gibt. Auch die zurzeit geltenden nordischen Ehegesetze sind abgedruckt. *Arthur Alexander*-Berlin.

Buchbesprechungen.

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. 7/1. Herausgegeben von *J. Jadassohn*. Berlin 1928. Julius Springer. Gebunden 75.— *RM.*

Der wiederum in Papier und Druck sehr gut ausgeführte und mit vielen schwarzen und einigen bunten Abbildungen ausgestattete Band enthält die Kapitel:

Zoster und Herpes simplex von *W. Schönfeld* (Greifswald), Psoriasis von *G. Nobl* (Wien), die psoriasiformen, pityriasiformen, exfoliativen Erythrodermien von *F. Juliusberg* (Braunschweig) und die Pityriasis rosea von *J. Pick* (Prag).

Das wohl schwierigste Kapitel dieser Abteilung über *Zoster und Herpes simplex* hat durch *Schönfeld* eine ganz vorzügliche, kritisch umfassende Darstellung gefunden, die in der objektiven Abwägung der teilweise noch recht unklaren ätiologischen Forschung rückhaltlose Anerkennung verdient.

Auch die pathologisch-anatomischen Befunde sind dabei eingehend berücksichtigt und durch ausgezeichnete Abbildungen belegt worden.

Der Text liest sich leicht und fließend und ist gut verständlich, so daß man gerne von Anfang bis zu Ende dieses Kapitel durcharbeitet.

Entsprechend dem Aufbau des ganzen Handbuches sind die Literatur-Angaben erschöpfend.

Die Darstellung der *Psoriasis* durch *Nobl*, die durch meist schwarze, aber sehr instruktive Abbildungen die verschiedenen Krankheitstypen ver-

Digitized by Google

anschaulicht, ist ebenfalls sehr gut geschrieben und erschöpfend, so daß auch diese Lektüre in angenehmster Form alles Wissen über dieses Kapitel übermittelt.

Auch hier ist die Histologie durch zahlreiche gute histologische Bilder belegt.

Vielleicht hätten die Veränderungen der Nägel, insonderheit die immer als ganz besonders charakteristisch angegebene Tüpfelung, eine bessere bildliche Darstellung finden können.

Das Kapitel über die *Erythrodermien* von *Juliusberg*, das rein wissenschaftlich und darstellerisch betrachtet, ein wenig dankbares Gebiet darstellt, ist vom Verfasser in dankenswert liebevoller und erschöpfender Weise und mit guter Kritik behandelt worden, so daß gerade dieses Kapitel auch für den Erfahrenen eine sehr erfreuliche Sammelforschung darstellt.

Leider weist das Kapitel im Gegensatz zu den vorhergenannten meines Erachtens zu wenige Abbildungen auf, um dem, der die Affektionen im einzelnen nicht genauer kennt, bildnerisch den Weg der Diagnose und Differential-Diagnose zu zeigen.

Auch für die Abbildungen der Brocqschen Krankheit hätte sich meines Erachtens eine bessere Vorlage bzw. Wiedergabemethode finden lassen müssen.

Das letzte kleinste Kapitel über die *Pityriasis rosea* von *J. Pick* ist mit sehr anschaulichen Abbildungen illustriert und ist ebenfalls erschöpfend, gut geschrieben und in der Darstellung kritisch und prägnant.

So ist auch dieser Band eine durchaus anerkennenswerte Leistung, die sich würdig in den Rahmen des Handbuches einreiht.

Frieboes (Rostock).

Band 18. **Syphilistherapie.** 43, z. T. farbige Abbildungen. VIII, 1035 S. Geh. 136 *M*, geb. 144 *M*.

Von den nun in schnellerer Folge erscheinenden Bänden des Handbuches behandelt der stattliche 18. auf über 1000 Seiten die Therapie der Syphilis, mit der sich, wie der Inhalt zeigt, zu allen Zeiten die besten Köpfe beschäftigt haben.

Die Besprechung des *Quecksilbers*, dessen Anwendung auf ein ehrwürdiges Alter zurückbleibt, macht den Anfang. Der theoretische, chemische und experimentelle Teil stammt von *Lomholt* (Kopenhagen). Es werden darin die Wirkung des Quecksilbers im tierischen und menschlichen Organismus, die Resorption, Verteilung und Ausscheidung bei den verschiedenen Anwendungsformen sowie die Methoden des Nachweises geschildert. Die Praxis der Behandlung hat *O. Rosenthal* (Berlin) aus seiner großen Erfahrung geschrieben. Neben der Geschichte und der Bewertung der Präparate sind hier die einzelnen Behandlungsmethoden besprochen. Das Kapitel der Schädigungen stammt von dem auf diesem Gebiete besonders bewanderten *J. Almkvist* (Stockholm). Die Unterteilung erfolgt hier in hyperämische, nekrotische und allgemeine Quecksilberveränderungen.

Die genannte Dreiteilung ist auch bei Besprechung der anderen Antisyphilitica beibehalten. So werden beim *Wismut* der experimentelle Teil wieder von *Lomholt*, die Praxis von *Hugo Müller* (Mainz), die Nebenwirkungen von *F. Juliusberg* (Braunschweig) behandelt. Der Artikel von *H. Müller* enthält speziell für den Praktiker sehr Lesenswertes, da er die einzelnen Präparate in ihrer Wirkung abwägt und so bei der ungemein großen Zahl die Auswahl erleichtert.

Digitized by Google

Beim *Salvarsan* teilen sich in die drei Kapitel *W. Weise* (Hamburg) [Chemisches und Experimentelles], *P. Linser* (Tübingen) [Praxis] und *W. Kerl* (Wien) [Schädigungen].

Die Bearbeitung des experimentellen und pharmakologischen Teiles über *Jod* erfolgte durch *J. Pohl* (Hamburg), die der Jodbehandlung selbst durch *W. Heuck* (München). Letzterer hält es für gerechtfertigt, der Jodtherapie auch im Frühstadium bei besonderer Indikationsstellung mehr Beachtung als bisher zu schenken.

Sehr eingehend ist die Besprechung der *übrigen Antisyphilitica* durch *A. Perutz* (Wien), wobei neben den in Betracht kommenden Metalloiden und Metallen auch Chinin und die Farbstoffe, die Holzträuke und die immunbiologischen Behandlungsmethoden mit Serum und Vakzine, Proteinkörpern und *Malaria* geschildert werden. Auch bei den alten Heilmitteln sind die rein historischen Bemerkungen zurückgedrängt worden und die modernen Forschungen treten in weitgehendstem Maße in den Vordergrund.

Die physikalische Behandlung der Syphilis hat eine eingehende Darstellung durch *C. A. Hoffmann* (Berlin) gefunden. Schwitzprozeduren, Bäder, Licht, Elektrizität, Gymnastik und Massage werden hier in ihrer Anwendung bei Syphiliskranken besprochen. In dem Kapitel über die *allgemeine* und die *Abortivbehandlung* von *J. Werther* (Dresden) wird auf die Bedeutung der Haut und die Wichtigkeit der Konstitution für die endgültige Heilung hingewiesen und die Auswahl der einzelnen Heilmittel für die Behandlung zusammenhängend zur Sprache gebracht. Die Bedeutung der *maximalen Frühbehandlung* wird gebührend hervorgehoben und auf die Fieberbehandlung in Kombination mit chemotherapeutischen Mitteln kurz eingegangen. Das Schlußkapitel von *P. Manteufel* (Düsseldorf) und *W. Worms* (Berlin) behandelt die *persönliche Prophylaxe* unter Besprechung der einzeln in Betracht kommenden Prophylaktica.

Das fast vollständige Literatur-, Namen- und Sachverzeichnis ermöglicht eine rasche Orientierung in der Masse der Tatsachen. Das ganze Werk ist wieder als ganz außerordentliche Leistung zu bezeichnen, die sich würdig in den Rahmen der bereits vorher erschienenen Handbuchbände einreiht.

Memmesheimer (Bonn).

L. Pulvermacher: *Ist die Haut ein innersekretorisches Organ?* (Handb. d. inn. Sekretion. Herausgegeben von *M. Hirsch.*) Leipzig 1928. C. Kabitzsch.

P. ist der Ansicht, daß die Haut ein innersekretorisches Organ im engern Sinne nicht sei. Fasse man aber den Begriff der innern Sekretion weiter und rechne darunter alle Ausscheidungen, die von der Haut aus durch äußere Reize in den Körper hinein hervorgerufen werden, könne die Haut wohl als innersekretorisches Organ im weitern Sinne des Begriffs angesehen werden. Leider ist die Lektüre der inhaltsreichen Ausführungen teilweise durch allzu reichlichen Gebrauch von Fremdworten erschwert. Das Literaturverzeichnis ist nicht ganz vollständig. *Memmesheimer* (Bonn).

Die Anwendung des Salvarsans zur Behandlung der Syphilis und die dabei beobachteten Schädigungen der Gesundheit während der Jahre 1923/1925. Veröffentl. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Bd. XXVII. H. 1. Berlin 1928. R. Schoetz. Pr. geh. 1,80 *RM.*

Da in Laienkreisen noch Vorurteile gegen die Anwendung des Salvarsans bestehen, erschien es zweckmäßig, durch Vorlegung eines einwandfreien

Digitized by Google

Tatsachenmaterials die Nützlichkeit des Mittels und die relative Unschädlichkeit bei sachkundiger Anwendung weiteren Kreisen vor Augen zu führen. Auf Wunsch des Bevölkerungsausschusses des preußischen Landtages wurde vom Wohlfahrtsminister eine Umfrage über die Jahre 1923—1925 veranstaltet, deren Zusammenstellung hier vorliegt. Allgemein wird das Salvarsan als ein unentbehrliches Heilmittel der Syphilis erklärt. Bei 152126 Kranken wurden 1607235 Einspritzungen mit den verschiedensten Präparaten, hauptsächlich aber mit Neosalvarsan, vorgenommen. Die Zahl der Schädigungen ist im Verhältnis zur Zahl der Einspritzungen nicht erheblich (630 Fälle von Dermatitis, 340 Fälle von Ikterus, 287 Fälle von Exanthem, 461 andere Schädigungen). Einige Schädigungen haben im Vergleich zu früheren Jahren erheblich abgenommen. Die Zahl der Todesfälle, die sicher oder möglicherweise als eine Folge der Sa-Einspritzungen angesehen werden müssen, betrug während der Berichtsjahre 22. Dies macht 0,014% der zahlenmäßig aufgeführten Patienten aus. Bei weiterer Verbesserung der Anwendungsweise und Vermeidung von technischen Fehlern werden sich Schäden in noch größerm Maße vermeiden lassen. *Memmesheimer* (Bonn).

E. Fürst: *Grundriß der Arzneimittellehre für die Behandlung von Hautkrankheiten.* Leipzig 1928. G. Thieme. Preis kart. 6 *RM.*

Der 144 Seiten umfassende Grundriß gibt eine klare Übersicht über die wichtigsten Arzneimittel, die in der Dermatologie gebraucht werden. Bei jedem Medikament finden sich zunächst kurze historische Bemerkungen, dann wird die Chemie abgehandelt, darauf ausführlicher die pharmakologische Wirkungsweise und das Anwendungsgebiet mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an der Klinik von *K. Herxheimer,* dessen Schüler der Verfasser ist. Zum Schluß werden die Nebenwirkungen und Gegenanzeigen bei jedem Mittel genau erörtert. Die Ordnung der einzelnen Medikamente ist in alphabetischer Folge getroffen. Den Schluß bildet ein Literaturverzeichnis und Sachregister. Die Ausstattung des Büchleins ist vorzüglich. *E. H.*

C. L. Karrenberg: *Verzeichnis der Pilzsammlung der Dermatolog. Klinik* des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg. Hamburg 1928.

Dieses anläßlich der 90. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Hamburg 1928 erschienene Verzeichnis der reichen Pilzsammlung der Ritterschen Abteilung wird in mykologisch interessierten Kreisen der Fachkollegen allgemeines Interesse erwecken, um so mehr, als es meines Wissens das einzige derartige Werkchen ist, das wir besitzen. Es enthält, was mir besonders dankenswert erscheint, neben den Achorion-, Trichophyton-, Mikrosporon- und Epidermophyton-Arten auch noch Sporotrichose und Hefemyceten, sowie ein reiches Verzeichnis aller möglichen Schimmelpilze, deren Kenntnis für den praktisch arbeitenden Mykologen besonders wichtig ist, und von Tag zu Tag, je mehr die Kenntnis der pathogen wirkenden Schimmelpilze zunimmt, noch wertvoller wird. Ich glaube, wir dürfen Herrn Kollegen *Karrenberg,* dem verdienstvollen Leiter des Laboratoriums, dankbar sein, daß er sich der Mühe unterzogen hat, seine reichhaltige Sammlung uns zugänglich zu machen und uns mykologisch arbeitenden Dermatologen mit seiner reichen Erfahrung zur Seite zu stehen.

Arthur Alexander (Berlin).

Digitized by Google

Zum 60. Geburtstag unseres Mitarbeiters Geheimrat Prof. Dr. W. Kolle.

Am 2. November vollendet Geheimrat *Wilhelm Kolle*, der Schüler *Robert Kochs* und Nachfolger *Paul Ehrlichs*, sein 60. Lebensjahr in bewundernswerter Jugendfrische und Schaffenskraft. Neben *Pfeiffer* und *Uhlenhuth* ist er einer der deutschen Vertreter der Parasitologie und experimentellen Therapie, die den Ruhm der *Kochschen* Schule, der ja auch *Ehrlich* und *Wassermann* zugehörten, hochhalten. Durch seine bedeutenden Arbeiten über experimentelle Lues und Syphilisheilmittel, durch die Einführung des *Silber-*, *Neosilber-* und *Myosalvarsans*, aber besonders auch durch seine regelmäßige Beteiligung an unseren größeren Dermatologentagungen ist *Kolle* uns immer nähergekommen, und seine durch zahlreiche Experimente und große Zahlen gestützten temperamentvollen Vorträge finden bei uns stets lebhaftestes Interesse. Seine ausgezeichneten Lehr- und Handbücher haben seinem Namen in der Weltliteratur längst großes Ansehen verschafft, öfters aber hat er selbst auch der Forschung neue Wege gewiesen, besonders auf dem Gebiet der Syphilidologie gehört er zu den anerkannten Führern. So dürfen wir ihm heute von Herzen danken für alles, was er zum Fortschritt unserer Fachwissenschaft getan hat, und ihm im Namen der Herausgeber, Mitarbeiter und des Verlegers die herzlichsten Glückwünsche auch hier aussprechen.

Personalien und Tagesnachrichten.

Prof. *P. G. Unna* in Hamburg wurde zum Ehrenmitglied der American Medical Association gewählt.

Priv.-Doz. Dr. *Karl Schreiner* in Graz ist zum a. o. Professor ernannt worden.

Ein ärztlicher Fortbildungskurs über gewerbliche Berufskrankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Verordnung des Reichsarbeitsministers über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten vom 12. Mai 1925 fand in Bonn vom 22. bis 25. Oktober statt. Bei ihm sprach Prof. *E. Hoffmann* über gewerbliche Hauterkrankungen unter Berücksichtigung der Anaphylaxie, Allergie und Idiosynkrasie und der weiteren Einbeziehung gewerblicher Hautleiden, wie besonders der Gewerbeekzeme, in die Unfallversicherung.

In Bonn fand vom 22. bis 27. Oktober ein *Röntgenfortbildungskurs* statt, bei dem Prof. *Emil Zurhelle* und Dr. *H. Klörekorn* über die Röntgenbestrahlung der Hautkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Bestrahlung entzündlicher Erkrankungen sprachen. Die physikalischen Meßmethoden wurden von dem Leiter des Röntgenforschungs-Instituts Herrn Prof. Dr. *Grebe* eingehend behandelt.

In Genf hat ein Ausschuß von fünf Sachverständigen der *Syphilisheilkunde* unter dem Vorsitz von Prof. *Jadassohn*-Breslau die ihm aufgetragenen Beratungen über Ursache, Bekämpfung und Auftreten der Syphilis in den verschiedenen Ländern begonnen.

Digitized by Google

In Neukölln wurden seitens der Berliner Krankenkassen zwei neue Stellen der Sexual- und Eheberatungsstelle angeschlossen, und wegen des großen Andrangs dürften weitere Zweigstellen bald eingerichtet werden. Die Beratungsstellen sind nur für Frauen bestimmt und die Behandlung ist kostenlos.

Die deutschen Teilnehmer der deutsch-russischen Syphilis-Expedition 1928 (Prof. *Jessner*-Breslau, Dr. *Patzig*-Berlin, Priv.-Doz. Dr. *Beringer*-Heidelberg und das Hilfspersonal) sind wieder in Berlin eingetroffen. Während der drei Monate ihres Aufenthaltes in der Burjätisch-mongolischen Republik hatte die Expedition zusammen mit den russischen Teilnehmern Gelegenheit, sehr viele Syphilisfälle, darunter auch ganz unbehandelte, mit allen modernen Methoden zu untersuchen. Das mitgebrachte Material, das reichhaltig, interessant und bezüglich der Behandlungsfragen der Syphilis sehr wichtig sein soll, wird jetzt eingehend bearbeitet werden.

---

26. Jahresversammlung der DGBG. in Nürnberg am 12. und 13. Oktober 1928.

Die diesjährige Jahresversammlung der DGBG. war außerordentlich zahlreich von Vertretern der Reichs- und Landesregierungen, der Versicherungsträger, Gemeinden, Ärzteschaft und der Verbände der freien Wohlfahrtspflege besucht. Nach der Eröffnungsansprache von Geheimrat *Jadassohn* (Breslau) und den Begrüßungsansprachen ergriff als erster Stadtrat *Planck* (Nürnberg) das Wort und schilderte die in fünfundzwanzigjähriger Tätigkeit durch die Ortsgruppe Nürnberg geleistete Arbeit im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. Es folgten sodann die Hauptreferenten der diesjährigen Tagung, die über den Stand der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in ihren Ländern berichteten: Mrs. *Neville Rolfe* (London), die Generalsekretärin des British Social Hygiene Council, Dr. *Cavaillon* (Paris), Referent im französischen Gesundheitsministerium, sowie Dozent Dr. *Marcus* (Stockholm). Die Nachmittagssitzung war einer Aussprache über die Bildung von Arbeitsgemeinschaften auf dem Gebiete der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gewidmet. Nach Referaten von Direktor Dr. *Schwéers* (Hauptgesundheitsamt der Stadt Berlin), Dr. *Memelsdorff* (Deutscher Städtetag) und Direktor *Helmuth Lehmann* (Hauptverband Deutscher Krankenkassen), sowie ausgedehnter Debatte erfolgte einstimmig durch die Versammlung die Annahme folgender Resolution: „Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist die Gründung von geeigneten Arbeitsgemeinschaften unentbehrlich. Ihre Bildung muß daher mit allen Mitteln gefördert werden. Alle örtlichen und privaten Organisationen, die sich der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten widmen, müssen in den Arbeitsgemeinschaften zusammengeschlossen werden und sich in ihnen neben- und miteinander betätigen. Aufgabe der Arbeitsgemeinschaften muß es sein, für eine unverzügliche und ausreichende Behandlung aller Geschlechtskranken, vor allem auch der nicht versicherungspflichtigen Minderbemittelten, zu sorgen und darauf hinzuwirken, daß das Netz der Beratungsstellen ausgebaut wird, daß die Bereitstellung genügender Unterbringungsmöglichkeiten für die einer Krankenhausbehandlung bedürftigen Kranken erfolgt, für eine wirksame Aufklärung der Bevölkerung Sorge getragen wird und im übrigen auch alle sonstigen Maßnahmen, die der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, insbesondere auch im Sinne der Gefährdetenfürsorge dienen, nachdrücklich unterstützt werden."

In Mainz fand am 27. und 28. Oktober die *Tagung der südwestdeutschen Dermatologen-Vereinigung* unter Leitung von Dr. *Hugo Müller* (Mainz) statt.

Digitized by Google

Sachregister.

Die fett gedruckten Zahlen bezeichnen Originalartikel.
Bsp. = Buchbesprechung. P. = Personalien

A.

Abwehrleistungen, mesenchymale des jungen Organismus. 215.
Adenokarzinom der Schweißdrüse 284.
Achorion gypseum. 139.
Adenome der Schleimdrüsen. 136.
Adenoma hidroadenoides. 44.
Adenoma sebaceum. 284, 350.
Adipositas dolorosa. 284, 350.
Adnexerkrankungen, Ätiologie der. 433.
Afenil. 438.
Akanthosis nigricans. 283, 315.
Akne, Vererbungspathologie der. 212.
Akne conglobata. 43.
Akne decalvans. 44.
Akne frontis. 45.
Akne nekrotica. 133.
Akne rosacea, Magensekretion und andere Verdauungsfaktoren bei. 345.
Akne urticata polycythaemica. 345.
Akridin, Erythem nach Injektion von. 138.
Akrodermatitis atrophicans. 36, 37, 123, 124, 271, 278, 410.
Akrodermatitis continua. 198, 268, 334, 335, 336.
— suppurativa. 101.
— Heilung der durch Autovakzine. 65.
Akrodynie, paroxysmale. 344.
Akromegalie, Beziehungen der Cutis verticis gyrata zur. 319.
Aktinomykose. 48.
Aktivserum für die Serodiagnose der Syphilis. 238, 245.
— für die Serodiagnose der Gonorrhöe und Tuberkulose. 426.
Aleukämische Lymphadenosis cutis. 33.
Alkalireserve des Blutes bei Hautkrankheiten. 206, 291.
Alkoholtherapie, parenterale. 70.
Allergie. 200, 203.
Allergische Reaktion bei der Erkrankung Nicolas-Favre. 138.
— bei Gonorrhöe. 424.
Alopezie. 270.
Alopezia areata. 76, 308.
— und Hypertrichosis. 408.
— Thyreoidinbehandlung bei. 105.
Amenorrhöe, Pigmentation der Haut im Zusammenhang mit. 317.
Amöbendysenterie und Hautulzerationen. 354.
Amyloidose der Haut. 196, 214.
Anetodermia erythematosa. 316.
Angina bismutica, primäre. 249.
Angiokeratoma Mibelli. 121.
Angiolupoid. 182.
Angioma cavernosum. 279.
— des Penis. 43.
Angioma planum extensum. 197.
Antigonokokkenserum bei gonorrhöischem Rheumatismus und Septikämie. 428.
Antileprol. 144.
Antioxurin, toxisches Exanthem nach. 300.
Antisepticis bei Infektionen der Harnwege. 438.
Antitoxinauswirkung am isolierten Gefäßpräparat. 286.
Anusol-Suppositorien. 143.
Argyrie. 120.
Arsen, biochemischer Nachweis von in der Haut bei Salvarsanlichen und Salvarsandermatitis. 4.
Arsenkarzinose nach lange fortgesetzter Arsenbehandlung bei Psoriasis. 121.
Arsenkeratose und Lichen ruber. 106.
— bei Psoriasis. 279.
— mit Krebsbildung am Daumenballen. 42.
Arsenschädigungen der Haut. 420 ff.
Arsen-Stomatitis. 409.
Artefizielle Dermatosen. 190.
Arthritis gonorrhoica, Röntgentherapie der. 433.
Arthritis syphilitica. 123.
Arzneiexanthem, Heilung eines durch Lävurinose. 155.
Arzneiidiosynkrasien, gelungene passive Übertragungsversuche. 202.
Asthma, Hautimpfversuche bei Asthmatikern. 202.
Asthmaerzeugung durch Prüfung der Haut auf Allergie. 200.
Atrophia cutis muculosa idiopathica. 316.
Atrophodermien. 318.
Auge und Syphilis. 364. (Bsp.)
Auligen. 144.
Aurophosbehandlung. 140.
Aurophos-Dermatitis. 303.
Autovakzine bei Akrodermatitis continua. 65.
— bei Lepra. 65.
Azoospermie und Hodenatrophie als Folge der Operation eines indirekten Leistenbruchs. 107.

B.

Bacterium coli, Cystitis, Prostatitis und Epididymitis durch. 427.

Digitized by Google

Bäderkalender. 159. (Bsp.)
Basalzellenepitheliom. 32, 105.
Basalzellenkarzinom an der Brust. 268.
Basedowsche Krankheit, eine eigenart. Tuberkulidformbei. 328.
Berlockdermatitis. 302.
Berufskarte, Notwendigkeit einer beruflichen. 92.
Besredkasches Antivirus. 68.
Bestrahlungsapparat. 194.
Bijochinol, Exanthem nach. 303.
— Dermatitis fixata nach. 415.
Bismogenol. 413.
Bismogenolexanthem. 47.
Bismoprotin. 363.
Blak. Akne bei Beschäftigung mit. 301.
Blasenmethode, Wert der für die Untersuchung der Gewebe. 286.
Blut, Veränderungen des bei Hautkrankheiten. 204, 205, 206.
— Veränderungen des bei Gonorrhöe unter dem Einfluß immuntherapeutischer Präparate. 426.
Blutgefäße der Haut und ihr Verhalten gegen Reize. 78. (Bsp.)
Blutgruppe und Psoriasis. 199.
Blutgruppenverteilung bei Syphilis des Zentralnervensystems, der inneren Organe und der Haut. 261.
Blutinjektion, Veränderung der Hautempfindlichkeit nach intravenöser. 210.
Blutliquorschranke, Durchlässigkeitsverhältnisse der. 365. (Bsp.)
Blutphenolasen, Menge der bei Dermatosen. 207.
Bordet-Gengousche Reaktion bei Gonorrhöe. 425.
Borkenkrätze. 353.
Botryomykose. 345, 346.
Bowensche Krankheit. 44, 311, 312.
Brocqsche Krankheit. 38.
Brominjektionen, intravenöse. 411.
— bei Ekzem. 152.
Bromismus nach Kontrastfüllung der Nierenbecken. 434.
Bromoderma. 303, 304.
— vegetans. 292.
Bromostrontiuran. 72.
Bromvergiftung. 152.
Brucksche Reaktion mit aktivem Serum. 238.
Brustdrüse, vasokonstriktorische Neurose der. 337.
— lymphatische Infiltrationen beider mit Lymphadenose der Haut bei lymphatischer Leukämie. 41.
Bubonen, klimatische. 322.
Bukkoblätter. 433.
Bulldoggenscheitel. 319.

C.

Carbaine, Hautanästhesie durch elektrolytische Einführung von. 139.
Chinin, Exanthem nach. 303.
Chininroseola. 408.
Chinosolvaseline zur Prophylaxe gegen Gonorrhöe und Syphilis. 413.
Chloasma. 48.
Cholesterolgehalt des Blutes und Dermatosis pigmentosa progressiva. 318.
Chronex. 145.
Chrysarobin-Pseudoleukodermie. 322.
Chylurie. 44.
Clavisan. 154.
Creeping disease. 409.
— durch Dermatolecanium migrans. 352.
Crisalbine. 139.
Cutis striata und Cutis sulcata. 319.
Cutis verticis gyrata. 319.
Cystitis durch Koliinfektion der Harnröhre. 427.

D.

Dariersche Krankheit. 282, 325.
Depigmentierung, strichförmige, im Verlaufe der Mittellinie des Rumpfes. 273.
Dermatite exfoliative généralisée chronique. 49.
Dermatitis, akute nach Tragen von „Horn"-Brillen. 297.
— der Stirn. 279.
Dermatitis bullosa systemisata phytogenes. 302.
Dermatitis exfoliativa. 338.
— nach Salvarsan. 421.
Dermatitis herpetiformis Duhring. 45, 116, 282, 335, 336.
— Zellbefunde im Hautblaseninhalt bei. 292.
Dermatosis pigmentosa progressiva und Blutcholesterolgehalt. 318.
Dermatitis repens. 135. 335.
Dermatitis vegetans papillomatosa. 333.
Dermatomykose, symmetrische palmare. 409.
Dermatoendozoen. 352.
Dermatofibroma. 348.
Dermatolecanium migrans. Creeping disease durch. 352.
Dermatophytosis, interdigitale. 357.
— infolge von Monilia. 129.
Dermatosen, Pathogenese der. 201.
Dermatotherapie ohne Verbände. 191.
Dermoelastometr
Dermotubin. 216.

Digitized by Google

Desitinsalbe. 73.
Diabetes, Beobachtungen der Haut an 500 Fällen von. 297.
— Dermatose bei. 331.
Diurese bei Infektionen der Harnwege. 438.
Druckdauerspülapparat zur Behandlung der Vulvovaginitis. 431.
Durstkuren, prolongierte. 438.
Dusche, filiforme. 409.
Dyskeratose. 320.
Dystrophia ungium mediana canaliformis Heller. 96.

E.

Eigenblutbehandlung. 65ff.
Eineier, Erbverschiedenheit der. 213.
Ektebin. 216.
— bei Lupus vulgaris. 140.
Ekzem. 154, 158. (Bsp.)
— ekzemförmige Streptokokkenerkrankungen. 339.
— Leberfunktion bei. 199.
— Rolle der Sensibilisierung beim. 411.
— Behandlung des. 144, 145.
— Eigenblutbehanldung des. 67.
— Behandlung des mit intravenösen Brominjektionen. 152.
Ekzema solare. 52, 109, 209.
Elastiken, geschwulstähnliche Bildung der. 295.
Elektrokoagulation eines pigmentierten Nävokarzinoms. 138.
Elephantiasis. 317.
— penis et scroti. 105.
Endokrine Drüsen, Erythema induratum bei Erkrankung der. 327.
Endolumbale Lufteinblasung bei Tabes. 412.
Endothelioma tuberosum multiplex. 310.
Eosinophilie und Milz. 214.
Epidermis, Hebung der Vitalität der alternden. 208.
Epidermodysplasia verruciformis. 351.
Epidermoidal-kutaner Stoffwechsel. 291.
Epidermolysis bullosa. 122, 337.
Epidermolysis dystrophica. 195.
Epidermophyton Kaufmann-Wolff. 354.
Epididymitis und Bacterium coli. 427.
— Behandlung der akuten. 430.
Epididymitis idiopathica. 435.
Epilation mittels Thalliumazetat. 138, 147ff.
Epilationsnadelgarnitur. 69.
Epitheliom der Wanzenschleimhaut. 42.
Erysipel, Antitoxinbehandlung des. 62, 64.
— Serumbehandlung des. 63, 64.
Erythem nach Injektion von Akridin. 138.
— im Anschluß an Coitus. 411.
Erythema annulare. 329.
Erythema annulare centrifugum. 140, 324, 325.
Erythema elevatum diutinum. 329.
Erythema exsudativum multiforme. 133, 341, 342.
— mit Beteiligung der Mundschleimhaut. 106.
Erythema induratum. 43.
— bei Erkrankung der endokrinen Drüsen. 327.
Erythema nodosum und Tuberkulose. 325.
— Beziehungen der Vulvitis aphthosa zum. 339.
Erythema pernio. 198.
Erythema perstans, chronisches der Beine. 284.
Erythembildung, die bei der E. mitwirkenden Gesetzmäßigkeiten. 213.
Erythrocyanosis crurum puellarum. 105, 315, 316.
Erythrodermie. 337, 338.
— leukämische. 282.
— Psoriasis-E. 249.
— pityriasique en placques disséminées. 123.
— variabilis. 193.
Extragenitaler Primäraffekt. 40, 269.
— an der Lippe. 278.

F.

Farbstoffbehandlung der Gonorrhöe. 429.
Favus. 359.
Fazialis-Vestibularis-Gebiet, Störung im bei sekundärer Syphilis. 137.
Fibroepitheliom der Kopfhaut. 50.
Fibroxanthom. 48.
Fischreinigerinnen, professionelle Dermatitis bei. 301.
Fistulae auris congenitae. 347.
Fliegenmaden als Wundschmarotzer. 353.
Fluoreszenze. 287, 288.
Folliculitis decalvans. 136.
Formalindämpfe gegen akute u. chronische Urethritis. 430.
Fox-Fordycesche Krankheit. 307, 308.
Freibaddermatitis. 302.
Frostbeulen, Behandlung der. 154.
Furunkulose, Behandlung der. 145 ff.
— Eigenblutbehandlung der. 65, 67.

Digitized by Google

G.

Gangrän, nach intramuskulären Injektionen. 415.
— in Verbindung mit Pilzinfektion der Haut. 358.
— des Gesichts. 354.
— multiple neurotische des Unterarms. 36.
— symmetrische. 45.
Gaskohle, Einfluß der auf den menschlichen Organismus. 382.
Gastrische Krise bei einem Tabiker mit tödlicher Blutung. 410.
Gaumen, der weiche als Träger von Krankheitszeichen. 296.
Gaumenperforation bei vorgeschrittener Tabes. 39.
Gefäße, kapillarmikroskopische Untersuchungen über die Temperaturreaktionen der peripheren. 198.
Gefäßschädigung, traumat. 49.
Gehirnsklerose, umschriebene mit Mikrogyrie bei liquorpositiver Lues congenita. 395.
Genitale, experimentelle Physiologie des männlichen. 211.
Geranium, Dermatitis durch. 301.
Geschlechtshormon, weibl. 211.
Geschlechtskrankheiten. 363 (Bsp.), 439. (Bsp.)
— in Llanos. 185.
— Behandlung der. 365. (Bsp.)
— Gesetz zur Bekämpfung der. 223. (Bsp.)
Gewebe, Wert der Blasenmethode für die Untersuchung der. 286.
Gewerbedermatosen. 298, 300ff.
— bei Spenglern. 92.
Glossitis rhombica mediana. 168.
Golddermatitis. 303.
Goldsolreaktion. 54, 55.
Gonoflavinbehandlung, intravenöse bei Gonorrhöe. 428.
Gonokokkenvakzine, massive Dosen von. 409.
Gonorrhöe. 428ff.
— der angeborenen Penisfistel. 47.
— gon. Sepsis. 127.
— Behandlung der. 428ff.
— Milchheilfiebertherapie bei der weiblichen. 252.
Gonotestreaktion. 426.
Gonotoxin. 425.
Granulome, ulzerierende der Schamgegend. 323.
Granuloma annulare. 329.
— symmetrisches der Ellenbogen. 137.
Granuloma protuberans angiomatosus. 346.
Granuloma teleangiectaticum. 345.
— mit Urtikaria papulosa chronica. 108.
Granulosis rubra nasi. 279.
Grenzstrahlenbehandlung. 197.
Grippe, Hautausschläge bei. 303.

H.

Haarausfall, Behandlung des. 155.
Haare, psychische Beeinflussung der. 148.
— hereditäre Dysplasie der. 310.
Haarpilzkrankheit, Behandlung der mit Thalliumazetat. 147ff.
Haarwachstumsstörung. 279.
Hämangioma venosum. 45.
Hämatome, spontane bei Lepra. 411.
Hämaturie, syphilitische. 279.
Hämogramm nach Schilling bei inneren u. Hautkrankheiten. 207.
Hämophilie, die trypanoziden Serumsubstanzen bei. 158.
Hämoptöe, tödliche bei Lues der Muskulatur des Zwischengewebes 255.
Hämorrhoiden, Behandlung der. 142, 143.
Hämosiderin. 291.
Harninfektion, Nitritprobe zum Nachweis des. 208.
Harnretention. 436.
Harnröhre, Röntgenogramme der. 41.
— Primäraffekt an der. 104.
Harnröhrenverengerung, Behandlung der. 431.
Harnwege, Tuberkulose der im Röntgenbilde. 437.
Haut, Mineralgehalt der. 14, 232.
— Veränderungen der Reaktionsfähigkeit der. 288.
— als innersekretorisches Organ. 441. (Bsp.)
Hautamyloidose. 196, 214.
Hautanästhesie, durch elektrolytische Einführung von Carbaine. 139.
Hautempfindlichkeit gegen chemische und physikalische Reize. 204.
Hautgefäße, vom Lebensalter abhängige Veränderungen der. 214.
Hautkrankheiten 78 (Bsp.), 363 (Bsp.), 439. (Bsp.)
— der psychologische Faktor bei. 158.
— Arzneimittellehre für die Behandlung der. 442. (Bsp.)
Hautkrebse, experimentelle Erzeugung von. 46.
Hautsensibilität. 209.
Hauttumoren, Serologie der. 206.
Hefezellen, Verhalten künstlich nukleinsäurefrei gemachter nach ihrer Behandlung mit freier Hefenukleinsäure. 289.
Heiratserlaubnis für den Syphilitiker. 363, 439.

Digitized by Google

Hekotekt. 71.
Heliotherapie, vaginale. 431.
Henna. 74.
Heracleum, Dermatitis durch. 301.
Herpes zoster. 331, 332, 333.
— traumatischer. 139.
— Lokalreaktionen nach Zosterverimpfungen. 34.
Hexylresorcinol. 438.
Hidradenome. 409.
Hoden, tertiäre Syphilis des. 277.
Hodenatrophie und Azoospermie als Folge der Operation einer indirekten Leistenhernie. 107.
Hodenstütze. 438.
Hodentorsion. 436.
Hormodendron algeriensis. 356.
„Horn"-Brillen, akute Dermatitis nach Tragen von. 297.
Hühnerauge, Dauerheilung des durch Injektion. 153.
Hydroa vacciniforme. 51, 110, 122, 123.
Hyperkeratose. 274.
Hyperplasie pseudo-epitheliomatöse an den Rändern chronischer Hautulzerationen. 295.
Hyperthyreoidismus, Wirkung des auf die äußere Haut. 408.
Hypertrichosis und Alopezia areata. 408.
Hypoglykämie bei Sklerodermie. 313.

I.

Ichthyol. Furunkelbehandlung mit. 147.
Ichthyolinjektionen, intramuskuläre bei gonorrhöischer Komplikation. 429.
Ichthyosis und Krebs. 129, 130.
— bullosa. 320.
Ichthyotiker, Syphilis papulosa bei. 45.
Idiosynkrasie der Haut. 200.
— gelungene passive Übertragungsversuche mit Arznei-I. 202.
Ikterus, regionärer. 286.
Ilon-Abszeßsalbe. 72.
Immunität, örtliche der Haut. 284.
Immunoide, Wassermann-Neubergsche bei Staphylomykosen der Haut. 64.
Immunserum, kombinierte Anwendung von Salvarsan und. 362.
Impotenz. 435.
Induratio progressiva benigna subacute. 161.
Induratio penis plastica. 124.
Infantilismus, Keratosis spinulosa bei. 321.
Infektion und Kreislauf. 290.
Infektionskrankheiten, Einfluß hochfieberhafter auf den Verlauf der Syphilis. 362.
Inkretorisches Nervensystem und Hautkrankheiten. 202.
Insulin, Beeinflussung der Regenerationsfähigkeit der Haut durch lokale Applikation von. 291.
Insulinbehandlung der Ulcera cruris. 154.
Insulinmastkur bei Tuberkulose. 141.
Intravenöse Injektion, Technik der. 412.

J.

Jodakne. 279.
Jodkali, Darreichungsform des. 416.
Jodnatrium, Todesfall nach intravenöser Injektion von. 416.
Jododerma. 304.
Juckende Hautkrankheit, Behandlung der. 72.
Juxtaartikuläre Knotenbildungen bei Syphilis. 26.

K.

Kala Azar. 354.
Kalbmilznährböden. 285.
Kaliumgehalt der Haut. 14, 232.
Kalium permanganicum, Verwendung des in konzentrierten Lösungen. 71.
Kalkstoffwechsel bei Dermatosen. 205.
Kalomelsuspensionen in Agar-Agar, Stabilität der. 415.
Kalorose als Verödungsmittel gegen Varizen. 151.
Kalziumgehalt der Haut. 14, 232.
— des Blutserums bei Hautkrankheiten. 205.
Kapillarmikroskopische Untersuchungen. 198, 199.
Keloide. 279.
— nach ulzeröser Syphilis. 40.
Keloidnarben. 349.
Keratodermia punctata disseminata palmaris. 50, 320.
Keratodermia variabilis. 193.
Keratodermien im Anschluß an Gelenkaffektionen. 344.
Keratoma disseminatum naeviforme. 350.
Keratoma hereditarium palmare et plantare. 51, 121, 124.
— mit Neigung zur Ekzematisation, Lymphangitis und subpektoralem Abszeß. 122.
Keratosen, angeborene mit Blasenbildung. 319.
— follikuläre nach Salvarsan. 281.
Keratosis spinulosa bei Infantilismus. 321.
Kleisterdermatosen. 298.
Klempner, Gewerbedermatosen bei. 92.
Knotenbildungen, juxtaartikuläre bei Syphilis. 26.
Kochsalz bei Hauttuberkulose. 141.
Kohle, Teerbehandlung mit flüssiger. 73.

Digitized by Google

Kohlenbergbauarbeiter, Hautveränderungen bei. 53.
Kollargolinjektionen bei weiblicher Gonorrhöe. 428.
Kolle, W. (60. Geburtstag) 443.
KölnischesWasser, Einwirkungen des. 194.
— pigmentierte Dermatitis nach Applikation von. 298.
Komedonenbildung, ungewöhnliche. 45.
Kraurosis penis. 314.
Kraurosis vulvae, zugleich mit Lichen planus. 126.
Krebs. 310.
— des Penis. 44, 123.
— des Unterkiefers. 50.
— der Wange. 47.
— der Zunge. 50.
— am Daumenballen bei Arsenkeratose. 42.
— und Ichthyosis. 129, 130.
— melanotischer beim Xeroderma pigmentosum. 347.
— experimentelle Untersuchung von Hautkrebs. 46.
Krebserzeugung bei Mäusen. 53.
Krebsforschungen. 213.
Krebstheorie, parasitäre. 292.
Krebswachstum und Lipoide. 213.
Kreislauf und Infektion. 290.
Kryotherapie. 140.
Krysolgan, Behandlung der Lepra mit. 143, 144.
— Behandlung des Lupus erythematodes mit. 76, 77, 138.
Kunstnasen. 191.
Kuprokollargol. 71.
Kutisreaktionen, pharmakodynamische. 203.

L.

Laminariastäbchen gegen Urethritis. 430.
Leberfunktion bei Ekzem. 199.
Leinöldermatitis. 297.
Leistenbruch, Hodenatrophie und Azoospermie als Folge der Operation eines indirekten. 107.
Lentiginosis diffusa. 352.
Lepra. 330.
— spontane Hämatome bei. 411.
— Behandlung der. 143, 144.
— intrakutane Autovakzinebehandlung bei. 65.
— Sympathektomie bei. 78.
Lepraerreger, Chemie des. 221.
Leprazellen, Genese der. 220.
Leukämide, polymorphe. 139.
Leukämie, Hauterscheinungen bei myeloider. 337, 338.
— Prurigo bei lymphatischer. 53.
— Lymphadenose der Haut mit lymphatischen Infiltrationen der Mammae bei lymphatischer Leukämie. 41.
Leukoderma psoriaticum. 45.
Leukodermie. 321, 322.
Leukokeratose der Mundschleimhaut bei Psoriasis. 114.
Leukoplakie der Mundschleimhaut. 410.
— der Zunge. 111.
Levurinose, Heilung eines Arzneiexanthems durch. 155.
Lichen nitidus. 324.
Lichen ruber und Arsenkeratose. 106.
— nach Salvarsan. 40, 278.
— Umwandlung einer Psoriasis in. 50.
— der Mundschleimhaut. 279, 304.
— der Vulva. 304.
Lichen ruber acuminatus. 51.
Lichen ruber planus. 107, 284, 304, 305.
— im Anschluß an Thalliumbehandlung. 148.
— zugleich mit Kraurosis vulvae. 126.
— Behandlung des. 408.
— Pilokarpinbehandlung des. 124.
— Behandlung des mit Lumbalpunktion. 155.
Lichen ruber striatus. 278.
Lichen spinulosus. 132.
Lichen verrucosus simplex. 279.
Licheninfikation. 306, 307.
Lichtbestrahlung, Entstehung entzündungssteigernder Substanzen in der Haut nach. 209, 210.
Lichtdermatosen, im Blut kreisende Stoffe als Grundlage für. 109.
— Entstehung entzündungssteigernder Substanzen in der Haut bei. 209.
Lipoide und Krebswachstum. 213.
Lippenschleimhaut, Psoriasis der. 126.
— Tuberkulose der. 115.
Livedo racemosa. 48.
Lokalanästhesie durch bloße Kompression. 69.
Lufteinblasung, endolumbale bei Tabes. 412.
Lumbalpunktion, ambulante. 44.
— bei Lichen ruber planus. 155.
Luminalexanthem. 299.
Lunge, tertiäre Syphilis der. 277.
Lupus. 32, 41, 44, 53, 136.
— Behandlung des. 140, 141.
Lupus disseminatus. 45.
Lupus erythematodes. 44, 48, 51, 118, 120, 134, 278, 324, 325.
— zugleich mit papulonekrotischem Tuberkulid. 38.
— Behandlung des. 76, 77, 140.
— Behandlung des mit Krysolgan. 76, 77, 138.

Digitized by Google

Lupus miliaris disseminatus faciei. 100, 125.
Lupus pernio. 52.
Lupuskarzinom. 52, 125, 312.
Lymphadenosis cutis, aleukamische. 33.
— bei lymphatischer Leukämie mit lymphatischen Infiltrationen der Mammae. 41.
Lymphangiektasia cutis nodularis disseminata. 347, 350.
Lymphogranulom, gutartiges. 134.
Lymphogranulomatosis inguinalis. 278, 322, 323.
Lyssiasalbe. 73.

M.

Magenkrebs, Hautausschlag bei. 335.
Magnobrol gegen Hautjucken. 72.
Malaria, Wassermannsche Reaktion bei. 60.
Malariabehandlung der Gonorrhöe. 432, 433.
— der progressiven Paralyse. 222. (Bsp.), 424.
— der Paralyse, tertiäre Lues an der Haut nach. 103.
— der Syphilis. 84. 422. 423.
Masern, prodromales Exanthem bei. 331.
Masernschutzserum. 64.
Mastzellenproblem und Urticaria pigmentosa. 343.
Meinickesche Trübungsreaktion. 54 ff.
Melanodermie. 36, 321.
— nach Salvarsan. 281.
Melkerknoten. 102.
Menorrhagien und Metrorrhagien bei jungen Jungfern. 434.
Menotoxikosen, Behandlung der mit Eigenblut. 67.
Mercurochrom. 151.
Mesenchymale Abwehrleistungen des jungen Organismus. 215.
Mikrogyrie mit umschriebener Hirnsklerose bei liquorpositiver Lues congenita. 395.
Mikroporoadenitis inguinalis suppurativa. 323.
Mikrosporie. 278, 279.
Mikrosporon felineum. 139.
Mikuliczsche Erkrankung. 408.
Milch luetischer Wöchnerinnen. 60.
Milchheilfiebertherapie bei der Gonorrhöe des Weibes. 252.
Miliarlupoid. 323.
Mineralgehalt der Haut. 14, 232.
Milz und Eosinophilie. 214.
Milzbrand, Behandlung des. 152.
— Serumbehandlung des. 65.
Mollusca contagiosa. 104.
Monilethrix. 189, 309.
Monilia, Dermatophytosis infolge von. 129.
Monozyten, Bedeutung der bei der experimentellen Tumorerzeugung 287.
Moulagen aus hergerichteter Ziegenhaut. 295.
Muchow-Levysche Reaktion bei Lepra. 330.
Mulespinnerkrebs. 129, 130.
Mundschleimhaut, Leukoplakie der. 410.
— Lichen ruber der. 279, 304.
— Psoriasis der. 44, 402.
— Papillomatose der bei einem Syphilitiker. 348.
Mykosis fungoides. 112, 131.
Myosalvarsan. 419.
Myxoedema tuberosum. 351.

N.

Naevi, Ätiologie der. 212.
Naevus und Vitiligo. 279.
Naevus epitheliomatosus sebaceus. 349.
— pigmentosus, Erblichkeit der. 349.
— teleangiectodes. 270.
Nävokarzinom, Elektrokoagulation eines. 138.
Nagel, normale Anatomie des. 225.
— hereditäre Dysplasie der. 310.
Nagelerkrankungen, seltene. 81, 96.
— mykotische. 135.
Nasen, künstliche. 191.
Nasenmuschel, Injektion von Medikamenten in die Submukosa der unteren. 69.
Natriumthiosulfit gegen Salvarsandermatitis. 422.
Nebenhodentuberkulose, konservative Behandlung der. 438.
Nebenschilddrüsen und Haut. 157.
Neurodermitis. 45.
Neurofibromatosis s. Recklinghausensche Krankheit.
Nicolas-Favresche Erkrankung. 138, 139.
— Ätiologie der. 408.
— Allergische Reaktion bei. 409.
Nierenblutzysten. 437.
Ninhydrinreaktion mit Inkretextrakten bei Dermatosen. 202.
Nissotasse. 70.
Nitritprobe zum Nachweis der Harninfektion. 208.
Nordsee, klimatische Faktoren der und der Einfluß auf die Haut. 209.
Novipithel. 208.
Novokain-Dermatitis. 298.
Nukleinsäure, Färberisches Verhalten der n-freien und n-haltigen Zellen. 290.

Digitized by Google

O.
Ohrfurunkulose, Bekämpfung und Verhütung der. 145, 146.
Oleum bardani, Dermatitis durch. 44.
Onychomykosis, familiäre. 357.
— trichophytina, familiäre. 81.
Onyxis atrophique. 408.
Opsogene, Behandlung von Hautkrankheiten mit. 64.
Optisal. 74.
Oslersche Krankheit. 192.
Osteopathia condensans disseminata. 348.
Oxyuren-Allergie. 200.

P.
Pagetsche Krankheit. 284, 311.
Papillomatose der Mundschleimhaut bei einem Syphilitiker. 348.
Paralyse, progressive, Malariabehandlung der. 222 (Bsp.), 424.
— tertiäre Lues an der Haut nach Malariabehandlung der. 103.
Paramäzien, Wirkung des Normal- und des spezifischen Immunserums auf die. 285.
Paraphimose, Reposition der. 75.
Parapsoriasis. 45, 51, 123, 139, 278, 306.
— en plaques. 123, 124.
Paratyphus, Striae distensae nach. 124.
Partagonquellstäbchen zur Behandlung der weiblichen Gonorrhöe. 431.
Pechkrebs. 382.
Pemphigus. 52, 335, 336, 337.
— geheilter Fall von mit Übergang zum Duhring. 122.
— Vollbluttransfusion bei. 66.
— circinatus. 116.
— vegetans. 126, 129, 335.
— vulgaris, Zellbefunde im Hautblaseninhalt bei. 292.
Penis, Epitheliom des. 310.
— Karzinom des. 44, 123.
— Tuberkulose des. 325.
Penisfistel, Gonorrhöe der angeborenen. 47.
Perfibrin. 75.
Periostitis syphilitica. 45.
Pflasteranwendung, Dermatitis nach. 303.
Pharmakodynamische Kutisreaktionen. 203.
Phlegmone, gonorrhöische des Handgelenks. 106.
Pigmentatio reticularis. 194.
Pigmentation der Haut im Zusammenhang mit Amenorrhöe. 317.
Pigmentbildung, die bei der P. mitwirkenden Gesetzmäßigkeiten. 213.
Pigmentflecke der Mundschleimhaut. 410.
Pigmentierung, Entwicklung einer netzförmigen und fleckenförmigen. 138, 408.
Pigmentsarkom Kaposi. 410, 411.
Pikrinsäureekzem. 43.
Pilokarpinbehandlung eines Lichen ruber planus. 124.
Pilzerkrankungen. 354ff.
Pilzsammlung der Dermatologen. 442 (Besp.).
Pityrosporon Malassez. 280, 355.
Pityriasis rubra pilaris. 37, 51, 133, 326.
Pocken, Verwandschaft der mit Zoster. 332.
Poikilodermie. 282.
Poikilodermia atrophicans vascularis. 119. 318.
Poroadenitis. 409.
Präputium, Lymphstauung am nach Leistenhernienoperation. 411.
Primäraffekt an der Harnröhre. 104.
Primeldermatitis. 302.
Pringlesche Krankheit. 195.
Prostatahypertrophie. 435.
Prostatitis, versteckte. 427.
— durch Koliinfektion der Harnröhre. 427.
Prostituierte, Serologie der. 409.
Proteinreaktionen, Reaktivierung der Wassermannreaktion durch unspezifische. 61.
Prurigo bei lymphatischer Leukämie. 53.
Prurigo nodularis. 132, 280.
Pruritus cutaneus, Zusammensetzung des Schweißes bei. 294.
Pseudoelephantiasis, neuroarthritische oder Trophoedème de Meige. 51.
Pseudoepitheliomatöse Hyperplasie an den Rändern chronischer Hautulzerationen. 295.
Pseudosarkomatose, Gefäß- und Nervenstörungen bei. 410.
Pseudo-Skabies durch Dermatolecanium migrans. 352.
Psoriasis. 47, 49, 305, 306.
— syphilitischer Ursprung der. 411.
— der Lippenschleimhaut. 126.
— der Mundschleimhaut und der Zunge. 44, 402.
— P. pustulosa. 274.
— und Blutgruppe. 199.
— Umwandlung von in Lichen ruber. 50.
— Arsenkeratose bei. 279.
— Arsenkarzinose nach lange fortgesetzter Arsenbehandlung bei. 121.
— P.-Erythrodermie. 279.
— Leukokeratose der Mundschleimhaut bei. 114.

Digitized by Google

Psoriasis u. Tuberkulose. 326, 410.
— Eigenblutbehandlung der. 66.
— Schilddrüsentransplantation bei Ps. arthropathica. 153.
— Verschlimmerung einer durch Quarzlicht. 46.
Psorigallol. 153.
Psychotherapie und Hautkrankheiten. 74.
Psychologischer Faktor bei Hautkrankheiten. 158.
Pufferlösungen. 429.
Purpura cerebri im Laufe einer Neosalvarsanbehandlung. 421.
Purpura annularis Majocchi. 317, 318.
Purpura haemorrhagica. 115, 118, 340.
— der Unterschenkel. 46.
Pyodermien. 158 (Bsp.).
— chronische. 194.

Q.

Quarzlicht, Verschlimmerung einer Psoriasis durch. 46.
Quecksilber als Eiterung beförderndes Mittel. 71.
Quinckesches Ödem. 120, 342.

R.

Ratanhia als Überhäutungsmittel. 73.
Reaktionsfähigkeit der Haut, Veränderungen der. 288.
Reaktivierung, biologische der Wassermannreaktion. 61, 62.
Reargoneinspritzung, Steinbildung nach einer. 432.
Recklinghausensche Krankheit. 133, 137, 277, 317.
Recto-Serol. 143.
Regenerationsfähigkeit der Haut, Beeinflussung der durch lokale Insulinapplikation. 291.
Reinfektion, tuberkulöse. 217.
Retikulo-endotheliales System, Untersuchungen über die Speicherung im mit kolloidalem Wismut. 289.
Retroplazentarblut, Verwertung des für die Serodiagnose der Syphilis. 60.
Rheumatismus, Antigonokokkenserum bei gonorrhöischem. 428.
Rhinitis, vasomotorische zusammen mit Parapsoriasis. 306.
Rhinophyma, Behandlung des. 154.
Rhinosklerom, serologischer Nachweis des. 323.
Ringworm. 357.
Rizinusöl, Hautkrankheit infolge von. 300.
Röntgentherapie, Dosierungstafeln für die 222. (Bsp.).
Röntgenulkus. 36.
Roseola. 191.

S.

Salbenbereitung. 74.
Salizylquecksilberinjektionen, Tumoren nach. 45.
Salurheuma. 74.
Salvarsan. 411, 417 ff.
— kombinierte Anwendung von Immunserum und. 362.
— Intoleranz gegen. 137.
— Lichen ruber nach. 40, 278.
— Melanodermie und follikuläre Keratose nach. 281.
Salvarsandermatitis, Vitiligo im Anschluß an. 39.
Salvarsanlichen und Salvarsandermatitis, biochemischer Nachweis von Arsen in der Haut bei. 4.
Salvarsanschädigungen. 441 (Bsp.).
Samenweg, physiologische und therapeutische Betrachtungen über den. 436.
Sanokrysin, Behandlung der Lepra mit. 144.
Saprovitan. 361, 432.
Sarkomatosis cutis gigantocellularis bei einem 10 Monate alten Kinde. 312.
Sarkoid Boeck. 131, 132, 283.
Sarkome. 43.
— der Haut auf einer Narbe. 409.
Sarkoma idiopathicum multiplex Kaposi. 125, 137, 312, 313.
Säurebasengleichgewicht im Blute bei Hautkrankheiten. 291.
Säuremessungen im Scheidensekret bei zervikaler Gonorrhöe. 426.
Schambergsche Krankheit, Beziehung der Purpura annularis Majocchi zur. 318.
Scharlachserum bei Erysipel. 63.
Schellackreaktion, die bikolorierte von Marchionini und Thurzo. 19.
Schilddrüse in der Dermatologie. 156. 157.
Schilddrüsentransplantation bei Psoriasis arthropathica. 153.
Schistosoma-Dermatitis. 352.
Schizosacharomyces hominis. 360.
Schweinehaut, biologische Reaktionen der. 205.
Schweiß, Zusammensetzung des bei Pruritus cutaneus. 294.
Schweißdrüsen, pathologische Anatomie der. 293.
— postfötale Neubildung der. 212.
— Adenokarzinom der. 284.
Schweißmesser. 211.
Scillonett-Anusitorien. 143.
Seborrhoe. 280.
Seborrhoid, psoriasiformes. 38.

Digitized by Google

Sehnervenatrophie, Einfluß der antisyphilitischen Therapie auf die tabische. 418.
Sensibilisierung, künstliche der Haut. 203.
— beim Ekzem. 411.
Sepsis, gonorrhöische. 127.
Septikämie, Antigonokokkenserum bei gonorrhöischer. 428.
Serodiagnostik der Syphilis. 54ff.
— Schnelltechnik mit Aktivserum für die. 245.
Serologie der Prostituierten. 409.
Serumüberempfindlichkeit, Beeinflußbarkeit der lokalen durch Eingriffe am aktiven Mesenchym. 289.
Sexualhormone, Biologie der. 435.
Skabies, Behandlung der. 152.
— norvegica. 353.
Sklerodermie. 39, 51, 107, 123, 137, 278, 279, 313, 314.
— diffuse. 268.
— en bandes. 119, 121.
Skleroedema adultorum. 161.
Skrofuloderma. 32.
Skrotum, Weißflecken am bei gleichzeitiger Kraurosis penis. 314.
Solarson, Behandlung des Haarausfalles mit. 155.
Spannungen. 223 (Bsp.).
Spengler, Gewerbedermatosen bei. 92.
Spinalparalyse, spastische oder Taboparalyse. 125.
Spirochäteninfektion, kongenitale. 366 (Bsp.).
Spirochaetosis arthritica. 98.
Spirozid. 418.
Spoonnails. 198.
Staphar. 72.
Staphylogene Hautveränderungen, örtliche Immunität und Immunisation der Haut bei. 284.
Staphylomykosen der Haut, Wassermann-Neubergsche Immunoide bei. 64.
Steinkohlenpech, Einfluß des auf den menschl. Organismus. 382.
Stovarsolan. 420.
Streptobazillenvakzine. 65.
Streptodermien, epidermoidale. 285.
Streptokokkenerkrankungen, ekzemförmige. 339.
Strichförmige Dermatosen. 106, 124, 273, 281.
Sulfur jodatum, Behandlung der Furunkel mit. 146.
Sykosis non parasitaria. 145.
Sympathektomie an Leprakranken. 78.
Synechien zwischen Haut und Nagel. 408.
Syphilis. 32, 49, 54ff., 138, 139, 221 (Bsp.), 269, 278, 410.
— zur 25jährigen Wiederkehr der Begründung der experimentellen. 1.
— experimentelle bei Muriden. 127.
— Blutgruppenverteilung bei S. des Zentralnervensystems, der inneren Organe und der Haut. 261.
— Analogien und Gegensätze in der Pathologie der Tuberkulose und der. 220.
— Zunahme salvarsanresistenter Fälle von in der Gegend von Lyon. 410.
— Schanker redux mit negativer serologischer Provokation. 134.
— papulosa bei Ichthyotikern. 45.
— und Auge 364. (Bsp.).
— Störung im Fazialis-Vestibularis-Gebiet bei sekundärer. 137.
— tertiäre des Hodens und der Lunge. 277.
— Hämaturie bei. 279.
— tödliche Hämoptoe bei S. der Muskulatur und des Zwischengewebes. 255.
— Keloide nach ulzeröser. 40.
— juxtaartikuläre Knotenbildungen bei. 26.
— Behandlung der. 360ff., 412ff., 440. (Bsp.).
— Präventivwirkung von Tellur und und Wismut bei. 408.
— Behandlung der Früh-S. mittels Impfung mit europäischem Recurrens. 84.
— Zisternenpunktion bei. 189.
— Heiratserlaubnis bei 363, 439.
Syphilis congenita, Prolegomena zu einem Referat über. 369.
— umschriebene Hirnsklerose mit Mikrogyrie bei liquorpositiver. 395.
Syphilis congenita tarda. 36.
Syphilis maligna. 101, 120, 278.

T.

Tabes dorsalis, vorgeschrittene mit Gaumenperforation. 39.
— endolumbale Lufteinblasung bei. 412.
Tablettenreagenzien für die Harnchemie. 437.
Taboparalyse oder spastische Spinalparalyse. 125.
Tartarus stibiatus, professionelle Dermatosen durch bei Tucharbeitern. 298.
Tastfiguren, Erblichkeit der. 213.
Teerbehandlung mit flüssiger Kohle. 73.
Teleangiektasien, Behandlung der mit Thorium-X-Strahlen. 348.
Tellur, Präventivwirkung des bei Syphilis. 408.

Digitized by Google

Thalliumazetat, Behandlung der Haarpilzkrankheiten mit 147ff.
Thorium-X-Behandlung bei generalisierten Teleangiektasien. 348.
Thyrocodin, Behandlung der Alopezia areata mit. 105.
Tiefensensibilität. 209.
Torsio testiculi 436.
Toxinauswirkung am isolierten Gefäßpräparat. 286.
Trachom, experimentelle Erzeugung des beim Affen. 215.
Treparsol. 416.
Trichophytie. 356.
— lamellöse der Handteller und Nägel. 37.
— profunda. 268.
Trichophytin. 292.
Trichophyton faviforme ochraceum. 409.
Trichotillomanie. 197.
Trockenpinselung mit Hekotekt. 71.
Trophoedème de Meige oder neuroarthritische Pseudoelephantiasis. 51.
Trypaflavin bei Gonorrhöe. 429.
— Hautschädigungen durch. 302.
Trypanosomeninfektion, kongenitale. 366 (Bsp.).
Trypanozide Serumsubstanzen bei Hämophilie. 158.
Tuberkelbazillen, mikrochemisches Verhalten der. 221.
Tuberkulide. 52, 53, 328.
— papulonekrotische. 115.
— papulonekrotisches zugleich mit Lupus erythematodes. 38.
— und Psoriasis. 326, 410.
Tuberkulinfieberreaktion, Abhängigkeit der vom tuberkulösen Herd. 218.
Tuberkulose. 217ff.
— der Lippen- und Wangenschleimhaut. 115.
— der Harnwege im Röntgenbilde. 437.
— des Penis. 325.
— und Erythema nodosum. 325.
— Insulin-Mastkur bei. 141.
Tuberkulose der Haut. 49. 117, 219. 325ff.
— Biochemie der. 217.
— tumorartige Formen der. 326.
Tuberkuloseschutzimpfung nach Langer. 69.
Tucharbeiter, professionelle Dermatosen der durch Tartarus stibiatus. 298.
Tumoren, Biologie der auf Grund von Heilungsversuchen. 75.
— Beziehung des Alters und des Traumas zur Geschwulstbildung. 293.
Tumorerzeugung, Bedeutung der Monozyten bei der experimentellen. 287.

U.

Überempfindlichkeit. 200.
Uferpflanzen, bullöse Dermatitis durch. 301.
Ulcera antibrachii. 46.
Ulcera cruris, Insulinbehandlung der. 154.
Ulcerex. 71.
Ulcus molle, Zunahme der Fälle von. 271.
— am Penis und am Zeigefinger. 268.
— extragenitales. 38.
Ulcus vulvae acutum. 339.
Urologie. 433.
Uroneurosen. 434.
Urtikaria. 342.
Urtikaria factitia, Entstehung entzündungssteigernder Substanzen in der Haut bei. 209.
Urtikaria papulosa chronica mit teleangiektatischem Granulom. 108.
Urtikaria pigmentosa. 120, 278, 343.
Uvalysat 433.

V.

Vakuumimpfung, Technik der. 67.
Vakzination, zufällige. 333.
Vakzinationsnarben. 349.
Varicophthin. 150.
Varizen, Verödungstherapie der. 150, 151.
Vegetatives Nervensystem und Hautkrankheiten. 202, 203.
Verätzungen. 43.
Vitiligo im Anschluß an Salvarsandermatitis. 39.
Verrucosis generalisata. 351.
Vitaminanwendung bei Hautkrankheiten. 70.
Vitiligo und Nävus. 279.
Vulva, Lichen ruber planus der. 304.
Vulvitis aphthosa, Beziehungen der zum Erythema nodosum. 339.
Vulvovaginitis, Druckdauerspülapparat zur Behandlung der. 431.

W.

Wangenschleimhaut, Epitheliom der. 42.
— Tuberkulose der. 115.
Warzen, Suggestivbehandlung der. 153.
Wassergehalt der Haut. 14, 232.
Wassermannsche Reaktion. 57ff.
— bei Malaria. 60.
Wasserstoffionenkonzentration im Blute bei Dermatosen. 207, 208.

Digitized by Google

Weißflecken am Skrotum bei gleichzeit. Kraurosis penis. 314.
White Spot-Sklerodermie. 313.
Wiesendermatitis. 302.
Windpocken und Herpes zoster. 331, 332, 333.
Wismut, Untersuchungen über die Speicherung im retikulo-endothelialen System mit kolloidalem 289.
— Präventivwirkung des bei Syphilis. 408.
Wismutbehandlung. 409, 413ff.
Woodlicht, Untersuchungen mit. 197.

X.

Xanthom. 351.
Xanthoma diabeticum. 42.
Xeroderma pigmentosum. 346, 347.
Xeroformemulsion, Gangrän der Glutäalgegend nach intramuskulärer Injektion einer. 299.

Y.

Yatren, urtikarielles Exanthem nach. 299.

Z.

Zellfärbung, Chemie der. 289, 290.
Zerebrospinalflüssigkeit, Untersuchung der bei Syphilis. 54ff.
Ziegeleiarbeiter, professionelle Hautveränderungen bei. 301.
Zink, Idiosynkrasie gegen. 300.
Zisternenpunktion, Bedeutung der für die Feststellung und Heilung der Syphilis. 189.
Zucker, Intoleranz gegen als ein Faktor der Erzeugung von Hautkrankheiten. 206.
Zunge, Psoriasis der. 402.
Zungenkrebs. 50.
Zungentuberkulose. 326.
Zwillingsbiologische Untersuchungen. 212.
Zystalgien, Pathogenese und Therapie der. 430.

Namenregister.

Die fett gedruckten Zahlen bezeichnen Originalartikel.

A.

Adler 271.
Adlersberg 291.
Almquist 321.
Anderson 350.
Arawiskij 327.
Arn 438.
Arndt 100, 271.
Arnesen 332.
Arning 113, 115, 126.
Arnsdorf 37.
Aroiset 436.
Artom 156, 309, 315.
Arvanitakis 139.
Astwazaturow 218.
Auderson 319.
Audry 409, 411.
Axmann 141.

B.

Badrian 272.
Balbi 206.
Baranoff 353.
Baranowa 351.
Barber 132, 133, 134, 282, 334.
Bardach 54.
Barnewitz 52, 382.
Baron 64.
Barthélémy 139.
Bauer 72.
Baumgärtel 58.
Baumm 75.
Beck, H. 70.
Becker, H. 361.
Becker, J. 215.
Becker, W. 348.
Bedö 332.
Behdjet 337.
Beirack 298.
Belachow 153.
Belfield 436.
Belote 304.
Bender 55.
Beneelek 360.
Benjamowitsch 316.
Berger 43, 44, 45, 47, 279, 285.
Bering 48.
Bernstein 110, 120, 213.
Bernucci 335.
Beron 367 (P.).
Bertaccini 157, 291, 327, 328, 346.
Bertarelli 160 (P.).
Bettmann 199.
Beyer 432.
Bézy 344.
Bilima 416.
Birkhang 63.
Birkner 43, 278.
Bizzozero 57.
Blinder 327.
Blöch 340.
Bloemen 195.
Blotevogel 435.
Blumenthal, Fr. 42, 293.
Blut 421.
Bobroff 207.
Bogdanow 422.
Bogulawskaja 428.
Bojewskaja 60.
Bommer 159 (P.).
Bonheim 142.
Borgrinner 434.
Börngen 252.
Borowskij 306.
Bortnajew 324.
Bortolotti 67.
Bory 408.
Bosaka 306.
Bosse 301.
Brack 438.
Brain 284.
Bralez 409.
Braude 145.
Briel 123, 305.
Brodsky 313.
Bronstein 147, 150.
Bruck 44, 72, 418.
Bruhns 39, 105, 268, 363.
Bureau 138.
Burger 300.
Burgess 206.
Burnier 139, 140.
Busaka 306.
Buschke 35, 36, 37, 102, 103, 104, 105, 106, 147, 148, 149, 268, 274, 275, 314, 348, 363, 367 (P.), 428.
Bydal 325.

C.

Cafferty 303.
Caillian 138.

Digitized by Google

Califoni 289.
Callomon 63.
Campbell 430.
Canal 139.
Carol 194.
Carteaud 408.
Casazza 300, 333, 356.
Cascos 160 (P.).
Cash 354.
Cassuto 438.
Catanei 356.
Cattaneo 76.
Cerchiai 206.
Chajes 36.
Chaletzkaja 336.
Chatellier 409.
Chorazahn 307.
Christeller 325.
Christy 409.
Civatte 137, 325.
Cohn, A. 275.
Collier 185.
Colman 71, 145.
Cort 352.
Crosti 313.
Csaba 75.

D.

Dahmen 64.
Damer 309, 359.
Danel 139.
Danilewskaja 204.
Darier 78.
Davies 284.
Davis 131.
Decamps 201.
Degrais 410.
Delpiano 57.
Denny 151.
Dêr 202.
Desbrousses 408.
Deußen 433.
Dietel 224 (P.), 438.
Dietrich 290.
Dillingham 303.
Diss 291, 410.
Dôczy 202.
Dombrowski 148, 317.
Dore 129, 284, 335.
Dörner 144.
Dostowsky 148.
Dowling 132, 137, 280, 355.
Dramez 138.
Drechhoff 155.
Dreyer 44, 45, 47, 48, 114, 278, 279.
Drysdale 342.
Dubreuilh 159 (P.).
Du Castel 138.
Ducourtioux 408, 428.
Dujardin 201.
Dujarrie de la Riviere 59.
Dupasquiel 347.
Durupt 425.

E.

Eastwood 345.
Eberbach 438.
Eberson 219.
Edel 192, 197.
Efimow 418.
Elias 213.
Eliassow 121.
Engelhardt 57, 292, 308, 359.
Ermilow 58.
Eschweiler 141.
Eyre 334.

F.

Fabry 314.
Faktorowitsch 424.
Falchi 199, 326, 354.
Falkenstein 48, 278.
Farber 310, 346.
de Favento 140.
Favre 347, 354, 411.
Feldmann 353, 422.
Fernet 137.
Feßler 302.
Feuerstein 419.
Finger 363.
Fischer, E. (Innsbruck) 154.
Fischer, W. (Berlin) 37, 39, 42, 43, 106, 268.
Fischer (Köln) 46, 279.
François 312.
Frank 56.
Frank, R. T. 211.
Freund, E. 77.
Freund, H. 34, 35, 108.
Freund, L. 80 (P.).
Frieboes 363.
Friedberger 286.
Friedrich 218.
Frist 426.
Fromlet 438.
Fürst 123, 442.

G.

Gabelow 317.
Gaethgens 58.
Galewsky 115, 120, 298.
Gallerand 59, 408, 409
Galliot 409.
Gans 114, 116.
Gasparjan 433.
Gaté 409.
Gautrier 291.
Geisler 318.
van Gelder 194.
Gemach 146.
Gerstein 48.
Gerstmann 222.
Giacardy 302.
Gianfranco 214.
Gigland 61.
Glaubersohn 312, 318, 332, 347, 350.
Glynn 61.
Golant 424.
Golay 65, 305.
Goldbaum 223.
Goldberger 211.
Goldhammer 73.
Goldsmith 136, 319.
Golossowker 84, 149.
Gondolatsch 71.
Goodman 287.
Gorbulew 305.
Gorsky 337.
Gottron 32, 38, 102, 104, 271.
Götz 200.
Gougerot 224 (P.), 408.
Gragerowa 323.
Gram 320.
Gray 130.
Greenwood 297.
Greif 119.
Groß, E. 433.
Groß, H. 55.
Großmann 128.
Grshebin 54, 345.
Grumach 153.
v. Grundherr 70.
Grünwald 120.
Guerrieri 304.
Guiart 357.
Guiponakris 357.
Gurfinkel 422.
Guszman 367 (P.).
Gutmann, C. 117, 118, 126, 196, 214.
Gutschmidt 413.
Gyessing 421.

H.

Haagen 287.
Haas 48.
Habermann 417.
Hachez 49.
Hackemann 60.
Haim 60, 205.
Haldan-Davis 137, 338.
Hanschell 323.
Hansen 154.
Hare 358.
Harrison 335.
Hartmann, E. 72.
Hauck 365.
Haxthausen 285.
Hazen 221.
Hecht 360.
Hedén 139.
Heifitz 301.
Heinemann 146.
Heller 81, 102, 105, 107, 268, 273.
Hellerström 322.
Hermann, J. 424.

Digitized by Google

Herrmann, F. 80 (P.), 123, 124, 125.
Herxheimer 109, 112, 114, 115, 116, 119, 120, 121, 125, 127, 153.
Heuck 110, 119, 121.
Heyn. 426.
Hill 151.
Hirsch, M. 150, 208.
Hirschberg, B. 337.
Hissard 139.
Hodorow 298, 301.
Hoffmann, E. (Bonn) 1, 48, 49. 50, 51, 53, 111, 113, 114, 120, 122, 126, 189, 369, 412.
Hoffmann, H. (Tübingen) 112, 115, 117.
Hoffmann, W. A. 144.
Hofmann, E. 121, 126, 419.
Hollander 66.
Hombria 245.
Hopf 419.
Hoyne 64.
Hu 354.
Hübschmann 341.
Hudelo 224 (P.), 410.
Huet 408, 410.
Huguenin 67.

I.

Ickert 217.
Igersheimer 364.
Imschenetzky 301, 329.
Ischumakow 359.
Israelsson 261.

J.

Jacobs 48, 50.
Jacobsen, A. W. 310.
Jacobsohn, F. 274.
Jacobson, M. S. 191.
Jadassohn (Breslau) 111, 114, 116, 119, 120, 363, 439.
Jadassohn, W. 224 (P.).
Jäger 429.
Jakubowicz 58.
Jakubsohn 315, 345.
Jausion 411.
Jeanselme 138, 139, 224 (P.), 408.
Jersild 306.
Judin 350.
Jung 74.
Junkermann 50.
Juster 138, 408.

K.

Kadisch 238.
Kalina 323.
Kalinin 68.
Kann 148.
Kaplun 55, 64.
Kapp 208.
Karczag 75.
Karetzkoja 427.
Karo 435.
Karrenberg 354, 358, 440.
v. Karwowski 315, 358.
Karyschewa 425, 427.
Kasakow 318.
Katz 113.
Kedrow 152.
Keining 41, 112, 122, 125.
Keller 110, 159 (P.).
Keropjan 69.
Kiene 429.
Kieß 303, 348, 352.
Kirchner 74.
Kißmeyer 147.
Kissoczy 412.
Kistjakowski 68, 335.
Kistlitschenko 353.
Kitchevatz, M. 138, 139, 409.
Kitchevatz, V. 139, 409.
Klausner 427.
Klebanow 298.
Klebe 155.
Kleinmann 147, 149.
Kletetschka 333.
Klinge 289.
Klingmüller 114, 117.
Kogan 207.
Kogoj 320, 336.
Kohlenberger 414.
Köhler, G. D. 325.
Kolb 363.
Kolernikow 359.
Kolkow 413.
Kolle 127.
Konrad 422.
Korobow 300.
Koshewnikow 362, 415.
Koslowa 308.
Kossovitch 59.
Krantz 44, 46, 279, 362, 425.
Krapnikoff 326.
Kristjakowski 342.
Kroitschik 310.
Krom 415.
Kuhn 67, 70, 146.
Kupffer 143.
Kusnetzow 152.

L.

Lacassagne 410.
Laignel-Lavastine 138.
Lancashire 338.
Landesmann 149.
Lang 202.
Langer, E. 40, 41, 106, 147, 148, 271.
Lanteri 62, 65.
Lasch 434.
Laß 413.
Laughlin 202.
Laun 43.
Launay 410.
Laurentier 411.
Lebenstein 43, 278.
Lebeuf 326.
Ledermann 39, 107, 277.
van Leeuwen 189, 198.
Leewenburg 306.
Legrain 137.
Lehner 203, 209, 210.
Leibfried 425.
Leichtentritt 158.
Leipold 365.
Lenègre 411.
Leonhard 438.
Lepskaja 141.
v. Leszczynski 313.
Levaditi 408.
Leven 48, 50, 213, 349.
Levi 330.
Levy-Franckel 408.
Lewidow 74.
Lewin, J. 317.
Lewis, K. M. 62.
Lewis, Th. 78.
Libowitz 75.
Lie 160 (P.), 330.
Liefschütz 64, 65.
Liese 217, 413.
Lindlau 61.
Linser 111, 112, 113.
Lippert 431.
Little 133, 282, 284.
Litwak 435.
Löhe 40, 268, 271, 272, 274, 363.
Lohmann 49.
Lojanider 344.
Lommen 414, 415.
Loncope 313.
Lonjumeau 138, 410.
Lortat-Jacob 137.
Louste 138, 408.
Löwenberg 121.
Löwenfeld 151, 216.
Löwenstein 428.
Löwenthal, K. 255.
Löwenthal, W. 160 (P.).
Lucke 416.
Lucksch 333.

M.

Majocchi 77.
Malinin 67.
Mamou 408.
Manganotti 293.
Mann 223.
Manson 323.
Marceron 410.
Mariani 157.
Marion 430.

Digitized by Google

Marjassin 426.
Marselos 431.
Martenstein 80 (P.).
Martin, H. 26.
Martini 423.
Maschkilleison 316, 350.
Massia 410.
Masugi 285.
Maximin 408.
Mayr 60, 214.
Mazzanti 321.
McCormac 134, 135, 282.
McLeod 129, 131, 280, 281, 282, 306, 320, 355.
Mehn-Andersen 349.
Meineri 331.
Meinicke 56.
Meirowsky 212, 278, 279, 349.
Melczer 207, 217.
Memmesheimer 4, 51.
Menagh 342.
Mendes da Costa 191, 195.
Mendlowicz 54.
Menschow 66.
Mercier 140.
Merdler 211.
Mertens 293.
Messini 415.
Mestschanski 311, 345.
Mestschersky 319.
Meyer 69.
Meyer, P. S. 110.
Mezli 69.
Mgebroff 149, 303, 313, 356.
Miani 59.
Michael 275.
Michailow 413.
Milian 138, 410.
Milmann 346.
Mirjakjantz 312, 348.
Moncorps 214.
Monis 430.
Monnerot-Dumaine 408.
Montpellier 356.
Moore 361.
Moral 198.
Morenas 354.
Mornet 411.
Mucci 429.
Mühlpfordt 432.
Müller, E. F. 420.
Müller, H. (Mainz) 119, 127, 140, 414.
Müller (Köln) 46.
Mundford 211.
Muys 197.

N.

Nagel 412.
Nahm 121.
Nardelli 203, 316, 421.
Nardi 421.
Nathan, E. 14, 282.
Natnig 434.
Naumowa 413.
Navarro-Martin 160 (P.), 245.
Nedumow 58.
Neuda 296.
Nicolas 326, 347, 410, 411.
Nicolleau 139.
Nijkerk 197.
Nikolsky 362.
Nobl 151.
Noël 409, 410.
Noguchi 215.
Nogues 425.
Nojima 78.
Noltenius 145, 146, 302.
Nordmann 290.
Nowak 145.
Nowicki 429.
Nürnberger 73.

O.

Obermayer 332, 429.
O'Donovan 136, 281.
Oelze 416, 417.
O'Leary 423.
Ollendorff 348.
Oltramare 65.
Opitz 158.
Oppenheim 302, 426.
Oretschkin 303.
Orlow 416.
Osawa 78.
Ossipjanz 420.
Ossipow 424.
Osterweil 143.
Ostrowski 307, 349.

P.

Paldrock 144, 221.
Palomba 56.
Pappenheimer 300.
Pasini 292.
Pautrier 307, 410, 411.
Pecker 411.
Pelévinc 356.
Peli 324.
Per 326, 350, 353.
Pérardet 436.
Percival 205.
Peresz 154.
Perkel 261.
Perlmann 437.
Perrin 427.
Perutz 211, 291, 341.
Peter 299.
Petouraud 354.
Petschersky 426.
Phelebon 411.
Philipp 366.
Philippson 213.
Photinos 409.
Pinkus, F. 37, 225, 271, 272, 363.
Poehlmann 199.
Poletajew 306.
Polzin 54.
Pomuß 68.
v. Poor 220.
Porcelli 76.
Posen 155.
Pospelow 326.
Postma 192, 197, 198.
Poumeau-Delille 137.
Preininger 207, 337.
Preiß 323.
Prokoptschuk 313.
Promptow 65.
Prosch 54.
Prunier 410.
Pulvermacher 441.
Pust 153.

R.

Rabinowitsch 202.
Rabut 139, 410.
Rachin 141.
Radaeli 219.
Rajka 203, 424.
Rängel 144.
Ravant 67, 408, 428.
Remenowsky 216.
Richter, W. 329.
Rimé 138.
Rinsma 193.
Ritter 52, 422.
Roberts 61.
Rocca 61.
Rock 302.
Rödel 71.
Rohde 208.
Rolnick 436.
v. Roques 72.
Rosenberg 286.
Rosenfeld 249, 395.
Rosenthal, Fr. 302.
Rosenthal, O. 273.
Rosenthal, S. 336, 338.
Rossnowsky 152.
Rossow 330.
Rost 116, 117, 125, 126.
Rost, E. jun. 209.
Rottmann 73.
Roxburgh 288.
Ruete 126.
Ruge, H. 98, 362.

S.

Saalfeld, E. 155.
Sabouraud 158, 224. (P.), 339, 408.
Sack 74.
Sadowsky 303.
Sainton 408.
Salmon 138.
Samberger 200, 224 (P.)
Samek 427.
Samson 200.
Sanack 341.

Digitized by Google

Sannicandro 205, 337, [340.
Sarchi 145.
Saslawsky 204.
Sathre 414.
Saudeck 430.
Savatard 129, 130.
Schäfer, E. 343.
Schallinger 295.
Schamberg 318.
Schapiro 435.
Schaumann 138.
Schebatai 63.
Schereschewsky 60.
Schermann 301.
Schiamowa 325.
Schimanko 288.
Schindler 439.
Schirjak 67.
Schirwind 330.
Schmidt-La Baume 80 (P)., 110, 122, 296.
Schmieder 293.
Schmitt 209.
Schnabl 339.
Schneider 73.
Schoch 312.
Scholnik 328.
Scholz 128.
Schottmüller 423.
Schreiner 443 (P.).
Schreus 49, 50, 52, 322.
Schubert 433.
Schulte 433.
Schulz (Gießen) 110.
Schumacher 289, 290.
Schwarz, S. 298.
Schwidler 424.
Scomazzoni 203, 299, [311.
Scopesi 204.
Seligmann 43.
Selisky 212, 298, 329.
Sellei 161.
Semler 143.
Semon 135.
Senin 65, 152.
Serper 299.
Sézary 138, 408, 409.
Sherwell 160 (P.).
Shigematsu 436.
Shivers 310.
Sibley 136.
Siebert 150.
Siemens 122, 123, 212, 301, 349.
Sigwald 410.
Sikelaikow 58.
Silbermann 415.
Simon 408, 409.
Simsch 213.
Singer, H. A. 64.
Sirota 202.
Slatmann 317.
Sloimovici 292.
Smelow 415, 416.
Smith 336.
Sobolew 323.
Sonnenberg 413.
Sorel 139.
Soroko 437.
Soucek 331.
Sparacio 156.
Spiethoff 70, 432.
Spitzer 417.
Stahl 213.
Stahrer 337.
Stark 324.
Starobinskij 65.
Steim 71.
Stein, A. 76, 118.
Steinberg 312.
von den Steinen 418.
Steiner 347.
Steinmann 75, 154.
Steppert 71.
Stern, Fr. 14, 56, 232.
Stern, K. 72.
Stewart 205.
Stieböck 431.
Stolze 292.
Stolzenberg 431.
Straszyński 429.
Strauß 191, 194.
Strelow 56.
Strempel 49.
Stühmer 48, 51, 52, 53.
Stutzin 434.
Sultanow 220, 359.
Sutkowa 425.
Sutton 297.
Symmers 62.
Szirmai 56.

T.

Tarantelli 65.
Tarchini 77.
Tate 358.
Tchiprout 139, 408.
Templeton 329.
Tereschkowitsch 422.
Teutschlander 293.
Thomson 130, 283, 304.
Tienniessen 218.
Ticier 354.
Tommasi 76.
Tonijan 294.
Toomey 295.
Tornabuoni 351.
Török 209.
Touton 120.
Treuherz 144.
Tschernoguboff 356.
Tschirkina 324.
Tschuwalowa 313.
Tuchschmid 425.
Tunnicliff 64.

U.

Uhlmann 125, 308.
Ulitzka 119.
Ullmo 292.
Umansky 305, 339.
Umber 286.
Unna 443 (P.).
Urbach 69, 92.
Urban 209, 210.
Usland 335.

V.

van der Valk 190.
Vendel 411.
Venturi 333.
Vercellino 57.
del Vivo 68, 284.
Voehl 120.
Vohwinkel 51.
Vokoun 297.
Volette 303.
Volkenrath 143.
Völker 422.
Vollmer 280.
Voltz 222.
Vonkennel 19.
Vorschütz 66.

W.

Wagner v. Jauregg 80 (P.), 224 (P.).
Wainstein 84.
Wasiljewa 58, 357.
Wassermann, A. 298.
Weber 280, 281, 304, 319.
Wedekind 413.
Wedrow 351.
Weichhardt 68.
Weidmann 295, 357.
Weigmann 217.
Weiß 431, 437.
Welcker 74.
Westphalen 402.
White 295.
Whitfield 129, 280.
Wigley 133, 136.
Wile 152.
Willfand 332.
Winkler 145.
Wirz 140.
Wohlstein 182.
Woldrich 412.
Wollheim 198.
Wolpian 62.
Wolter 298.
Worms 409.
Worokow 322.
Wright 414.
Wucherpfennig 96, 109, 111.

Y.

Young, H. H. 151.

Z.

Zadek 69.
Zechlin 146.
Ziegelmeyer 72.
Zieler 113, 126, 363, 428.
Zimmermann 168.
Zimmern 139.
Zinsser 45, 46, 80 (P.), 279.
v. Zumbusch 117, 120.
Zurhelle 194.
Zyganowa 141.

Digitized by Google

Dermatologische Zeitschrift

Berichtsorgan der Berliner Dermatologischen Gesellschaft

Begründet von O. LASSAR

Unter Mitwirkung von

A. Alexander-Berlin; J. Almkvist-Stockholm; Ed. Arning-Hamburg; F. Bering-Essen; S. Bettmann-Heidelberg; Fr. Blumenthal-Berlin; H. Boas-Kopenhagen; C. Bruck-Altona; C. Bruhns-Berlin; E. Bruusgaard-Kristiania; J. S. Covisa-Madrid; C. Cronquist-Malmö; J. Darier-Paris; K. Dohi-Tokio; J. Fabry-Dortmund; W. Frieboes-Rostock; R. Frühwald-Chemnitz; O. Gans-Heidelberg; W. Gennerich-Kiel; C. Grouven-Halle; O. Grütz-Elberfeld; C. Gutmann-Wiesbaden; R. Habermann-Hamburg; L. Hauck-Erlangen; J. Heller-Berlin; W. Heuck-München; E. Hofmann-Frankfurt a. M.; F. Jahnel-München; A. Jesionek-Gießen; A. Jordan-Moskau; F. Juliusberg-Braunschweig; W. Kerl-Wien; W. Kolle-Frankfurt; P. Linser-Tübingen; H. Löhe-Berlin; W. Lutz-Basel; R. Matzenauer-Graz; H. Meyer-Bremen; E. Meirowsky-Köln; G. Miescher-Zürich; P. Mulzer-Hamburg; O. Naegeli-Bern; E. Nathan-Nürnberg; G. Nobl-Wien; A. Pasini-Mailand; F. Pinkus-Berlin; R. Polland-Graz; C. Rasch-Kopenhagen; E. Riecke-Göttingen; H. Ritter-Hamburg; G. Rost-Freiburg; A. Ruete-Marburg; E. Saalfeld-Berlin; G. Scherber-Wien; W. I. Schmidt-Gießen; W. Scholtz-Königsberg; W. Schönfeld-Greifswald; H. Th. Schreus-Düsseldorf; H. W. Siemens-München; B. Spiethoff-Jena; C. Stern-Düsseldorf; A. Stühmer-Münster; G. Stümpke-Hannover; L. Török-Budapest; P. Uhlenhuth-Freiburg; H. Vörner-Leipzig; J. Werther-Dresden; Ch. J. White-Boston; K. Zieler-Würzburg; F. Zinsser-Köln; L. von Zumbusch-München; E. Zurhelle-Bonn

und in Gemeinschaft mit

G. Arndt Berlin **L. Arzt** Wien **B. Bloch** Zürich **A. Buschke** Berlin **K. Herxheimer** Frankfurt **V. Klingmüller** Kiel

Herausgegeben von

Erich Hoffmann

Bonn

Die „Dermatologische Zeitschrift" erscheint in monatlichen Heften, von denen 6 einen Band bilden. Der Abonnementspreis für diesen Band beträgt M. 24.—. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes.

Band 54 **November 1928** **Heft 6**

Alle Rechte vorbehalten.

INHALTSVERZEICHNIS:

Seite

I. **Prolegomena zu einem Referat über kongenitale Lues.** Von *Erich Hoffmann*-Bonn 369

II. **Beobachtungen über den Einfluß von Gaskohle und Steinkohlenpech auf den menschlichen Organismus nebst experimentellen Beiträgen über die Wirkung von Steinkohlenpech bei weißen Mäusen (Pechkrebs).** Von Dr. *J. Barnewitz*-Essen 382

III. **Umschriebene Hirnsklerose mit Mikrogyrie bei liquorpositiver Lues congenita.** Von Dr. *H. Rosenfeld*-Berlin 395

IV. **Geschichtlicher und kasuistischer Beitrag zur Frage der Psoriasis der Mundschleimhaut und der Zunge.** Von Dr. *Hans Westphalen*-Hamburg 402

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Sitzungen vom 12. I. und 9. II. 1928 408

Periodische Literatur. Zusammengestellt von Dr. *Arthur Alexander*-Charlottenburg . . . 412

Buchbesprechungen 439

Zum 60. Geburtstag unseres Mitarbeiters Geheimrat Prof. Dr. W. Kolle 443

Personalien und Tagesnachrichten 443

Sachregister 445

Namenregister 456

Titel und Inhaltsverzeichnis zu Band LIV.

BERLIN 1928

VERLAG VON S. KARGER

KARLSTRASSE 39

Für die Redaktion bestimmte Manuskripte, Zuschriften, Dissertationen und Sonderabdrucke, letztere beide gefl. in 2 Exemplaren, werden an die Adresse des Redakteurs Prof. Dr. *E. Hoffmann* in Bonn a. Rh., Meckenheimer Allee 18, erbeten; Referate an Dr. *Arthur Alexander*, Berlin W 15, Lietzenburgerstr. 16 I.

Die Einbanddecke zu diesem Bande kann durch die Buchhandlung bezogen werden, die die Zeitschrift liefert.

Digitized by Google

Zur kombinierten intramuskulären
Salvarsan-Wismut-Therapie

Auch bei schlecht ausgebildeten Venen
und starkem Fettpolster ist die Salvarsantherapie durchführbar
mit dem intramuskulär applizierbaren

Myo-Salvarsan

Myo-Salvarsan vereinigt gute Verträglichkeit mit hohem
therapeutischen Effekt

Handelsform: Ampullen mit den gebräuchlichen Dosierungen,
sowie in gewöhnlichen und in Iso-Ampullen,
sowie Klinikpackungen mit je 50 einfachen Ampullen

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazeutisch-Wissenschaftliche Abteilung „Bayer-Meister Lucius"
LEVERKUSEN a. Rh.

E. MERCK
DARMSTADT

Bei **Gonorrhoe**
zu Einspritzungen
und Spülungen

CHOLEVAL

Adstringens
und Desinfiziens
für Hals, Nase, Ohr
sowie nach
gynäkologischen Eingriffen
Literatur und Anwendungsvorschriften zur Verfügung

Digitized by Google

MEDIZINISCHER VERLAG VON S. KARGER / BERLIN NW 6

SOEBEN ERSCHIEN:

DIE
HAUTKRANKHEITEN

LEITFADEN
FÜR STUDIERENDE UND ÄRZTE

VON

KARL HERXHEIMER UND EDMUND HOFMANN

DR. MED., GEH. MED.-RAT, O. PROFESSOR UND DIREKTOR DER DERMATOLOGISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK ZU FRANKFURT A. M.

DR. MED., DR. PHIL., A. O. PROFESSOR UND OBERARZT

VIII UND 270 SEITEN LEX.-8° MIT 33 ABBILDUNGEN IM TEXT

GEH. M. 13.—, GEB. M. 14.50

MEDIZINISCHER VERLAG VON S. KARGER / BERLIN NW 6

Digitized by Google

Lenigallol

Ausgesprochenes Ekzemmittel

Schwache Lenigallol-Salben zeigen eine eminent keratoplastische starke dagegen eine schwach keratolytische Wirkung.

Bei Ekzemen (bei Beginn der Behandlung anzuwenden)
Rp. Lenigallol. (Knoll) 0,5—2,0
Past. Zinc.. . . . ad 20,0
M. f. pasta S. Äußerlich.

BUCCOSPERIN

(dragierte Tabletten)

Bestandteile: Extr. Bucco, fol. Uvae ursi, Acetylsalicylsäure, Salol, Benzoesäure, Hexamethylentetramin, Camph. monobrom, Ol. menth. u. andere Öle.

Perorales Antisepticum und Antiphlogisticum des gesamten Uro-Genital-Tractus:

Gonorrhoe, Urethritis, Cystitis, Pyeiitis, Prostatitis, Spermatocystitis, Epididymitis. Wertvolles Adjuvans bei allen Unterleibsbeschwerden der Frau.

Kassen zugelassen!

3stündlich 1—2 Tabletten mit oder sofort nach Nahrungsaufnahme. — K. P. (40 Stück) M. 1.50, 1/1 Schachtel (80 Stück) M. 3.—.

Literatur und Proben.

Dr. R. Reiss

Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik

Berlin NW 87 / D. Z.

Das Vademekum 1928 — 25. Auflage — der Rheumasan- und Lenicet-Fabrik *Dr. Rudolf Reiß* in Berlin NW 87 enthält eine Übersicht über sämtliche von der Firma hergestellten Präparate. Es wird auf Wunsch kostenfrei versandt.

Pierersche Hofbuchdruckerei Stephan Geibel & Co. in Altenburg, Thür.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Date Due

Digitized by Google

3 5558 002 499 214

v.54,1928 106282

v.54,1928 106282

Dermatologische zeitschrift

DATE	ISSUED TO

Dermatologica

THE ARCHIBALD CHURCH LIBRARY
NORTHWESTERN UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL
303 East Chicago Avenue
Chicago -:- Illinois

Digitized by Google